

# ՍԵՌՎԱՐԱԿՆԵՐԻ ՎԱՐՄԱՆ ԱԶԳԱՅԻՆ ՈՒՂԵՑՈՒՅՑ

Հաստատված է Հայաստանի Հանրապետության  
Առողջապահության Նախարարության,  
Առողջապահության Համաշխարհային Կազմակերպության  
Եվրոպական Գրասենյակի եւ  
Սեռավարակների Միջազգային Միության  
Եվրոպական Մասնաճյուղի Կողմից

## *Բովանդակություն*

Նախաբան

Սեռավարակներով հիվանդների խորհրդատվության եւ վարման կարգ

ՍԻՖԻԼԻՍԻ ՎԱՐՄԱՆ ՈՐԴՑՈՒՅՑ

ԳՈՆՈՌԵԱՅԻ ՎԱՐՄԱՆ ՈՐԴՑՈՒՅՑ

ՔԼԱՄԻԴԻՈՉԻ ՎԱՐՄԱՆ ՈՐԴՑՈՒՅՑ

ՄԻԱՎ վարակի հետազոտման ուղեգույց

ՍԵՌԱԿԱՆ ՀԵՐՊԵՍԻ ՎԱՐՄԱՆ ՈՐԴՑՈՒՅՑ

ՍԵՌԱԿԱՆ ԳՈՐՏՆՈՒԿՆԵՐԻ ՎԱՐՄԱՆ ՈՐԴՑՈՒՅՑ

ՀԵՊԱՏԻՏ B ԵՒ C ՎԻՐՈՒՄԱՅԻՆ ՎԱՐԱԿՆԵՐԻ ՎԱՐՄԱՆ ՈՐԴՑՈՒՅՑ

Բայանոպոսթիտների վարման ուղեգույց

ՔՈՍԻ ՎԱՐՄԱՆ ՈՐԴՑՈՒՅՑ

Ֆալլքի ոչլուտության վարման ուղեգույց

Միգուկաբորբերի վարման ուղեգույց

Հեշտոցային Արտադրության Վարման Ուղեգույց

Փոքր կոնքի օրգանների բորբոքային հիվանդությունների վարման ուղեգույց

Մակամորձիների և ամորձիների բորբոքումների վարման եւ փոշտի սուր այտուցի համախտանշային վարման ուղեգույց

## Նախաբան

Սեռավարակները (ՍՎ) արդի առողջապահական, սոցիալական եւ հոգեբանական ամենալուրջ հարցերից են: Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպությունը (ԱՅԿ) ՍՎ-ները դասում է հինգ առաջնահերթ, գերակայող առողջապահական խնդիրների շարքը կարելուրելով մարդու սերնդարարման վրա դրանց բացասական ներգործությունը: ՍՎ-ների դրսեւորումներն ու ախտանշանները բազմազան են, սակայն հիվանդացության աճին զուգահեռ ներկայումս ավելացել են նաեւ անախտանշան ընթացող դեպքերը, որոնք հավելյալ դժվարություններ են հարուցում այդ վարակների վարման խնդրում:

Այսօր մի շարք երկրներում, այդ թվում՝ նաեւ ԱՊՀ-ում, արձանագրվում է ՍՎ-ների տարածման աննախադեպ աճ: Հայաստանն էլ բացառություն չէ այդ հարցում: Չնայած մեր երկրում ՍՎ-ների տարածման միտումները, առաջին հայացքից, թվում են ոչ սպառնալի, այդուհանդերձ համաճարակաբանական իրավիճակը հարկ է համարել անբարենպաստ:

Մեր ուսումնասիրությունների արդյունքները հաստատում են, որ տարեցտարի ավելի շատ երիտասարդ մարդիկ են ենթարկվում ՍՎ-ներով ախտահարվելու վտանգին: Բազմամարդ բնակավայրերում ձեւավորվում են ռիսկի խմբեր, որոնք բաղկացած են հիմնականում մարմնավաճառներից ու թափառաշրջիկներից, որոնց կեսից ավելին հիվանդ է այս կամ այն սեռավարակով: Վերջին տարիներին բժիշկներն այդ խմբերին ավելի ու ավելի մեծ ուշադրություն են դարձնում հաշվի առնելով ՍՎ-ների տարածման գործում նրանց դերը: Հարցը բարդանում է նաեւ այն հանգամանքով, որ ՍՎ-ները նպաստավոր պայմաններ են ստեղծում ՄԻԱՎ-ի տարածման համար. լորձաթաղանթներն ու մաշկը ախտահարող ՍՎ-ների առկայության դեպքում ՄԻԱՎ-ով վարակվելու հավանականությունը՝ անպաշտպան սեռական հարաբերության ժամանակ, տասնյակ անգամ մեծանում է:

Այսօր հասարակությունը, առավել քան երբեք, լրջորեն գիտակցում է ՍՎ-ների կանխարգելման անհրաժեշտությունը: ՍՎ-ներով հիվանդների, նրանց սեռական զուգընկերների հայտնաբերումը, խորհրդատվությունը եւ բուժումը, կարելուրագույն քայլեր են արդյունավետ պայքարի կազմակերպման համար:

Մանրեային, մակաբուծային եւ սնկային ՍՎ-ները կլինիկորեն եւ մանրէաբանորեն ենթակա են ապաքինման, իսկ վիրուսային ՍՎ-ների բուժման եղանակները դեռեւս լիակատար չեն. դրանք պարզապես օգնում են միայն ախտանշանների անհետացմանը կամ մեղմացմանը:

Մեր հանրապետության առաջատար մասնագետների կողմից մշակված ներկա ուղեցույցը ՍՎ-ների բուժման եւ հիվանդների վարման կարելուրագույն ձեռնարկներից է: Այն ստեղծվել է եվրոպական եւ ամերիկյան աղբյուրների, ինչպես նաեւ ԱՅԿ-ի ներկայացրած տվյալների ուսումնասիրման եւ համակարգման հիման վրա եւ համապատասխանեցված է Հայաստանի Հանրապետության պայմաններին:

Այս ուղեցույցը նպատակ ունի ՍՎ-ների բուժման գործնական խորհրդատվություն առաջարկել առողջապահության ոլորտի աշխատողներին, ունենալ համապատասխան ազգային չափորոշիչներ, նպաստելով՝

- Դիպլոմային եւ հետդիպլոմային բժշկական կրթության շրջանակներում ՍՎ-ներին առնչվող խնդիրների ժամանակակից մոտեցումները լուսաբանելուն:
- Ապագա գիտական հետազոտությունների առաջնահերթությունները (կուլտակված փորձի հիման վրա) հստակեցնելուն:
- Առողջապահության այս ոլորտի քաղաքականության մշակման համար հիմք ապահովելուն:

ՍՎ-ներով եւ ՄԻԱՎ/ՁԻԱՅ-ով հիվանդացության աննախադեպ աճը (հատկապես՝ Արեւելյան Եվրոպայի եւ ԱՊՀ երկրներում) եւ մի շարք այլ հանգամանքներ պայմանավորում են ներկա ձեռնարկի այժմեականությունը:

Եվ չնայած շահարկվում է ՄԻԱՎ-ով վարակման ներերակային ճանապարհը, սակայն դա բոլորովին էլ չի գերազանցում սեռականորեն վարակման ավելի ու ավելի աճող դեպքերի քանակը:

Ներկա ուղեցույցը վերջնական լինելու հավակնություն բնավ չունի, քանզի բժշկությունը մշտապես զարգացող գիտություն է և պահանջում է նորանոր ուսումնասիրություններ, հետազոտություններ և հսկողություն, իսկ տարեցտարի առաջարկվող բուժման նոր եղանակները պարտադրում են սույն մոտեցումների ու հանձնարարականների վերանայում ու վերափոխում: Առավել ևս, որ մարդու իրավունքների առումով մենք թեւակոխում ենք մի նոր շրջան, որը պահանջում է հիվանդների և նրանց զուգընկերների վարման բարոյագիտական նորմերի կազմավորում:

Ավելին՝ սույն ուղեցույցը ՍՎ-ների վարման հարցում առաջնեկն է, որ հասցեագրվում է ոչ միայն «նեղ» մասնագետներին (մաշկավեներաբան, գինեկոլոգ, ուրոլոգ), այլև բոլոր բժիշկներին և հատկապես ընտանեկան բժշկության նորաստեղծ համակարգի աշխատողներին, ովքեր հանդիսանում են առաջամարտիկներ ազգաբնակչության առողջության պահպանման սրբազան գործում:

Խմբագրակազմը կողջունի ձեռնարկի որակը բարձրացնելուն միտված ցանկացած խելամիտ առաջարկ:

## Սեռավարակներով հիվանդների խորհրդատվության և վարման կարգ

### Կազմակերպական խնդիրներ

- Հաշվառում. այցելուի տվյալների (ազգանուն, անուն, ծննդյան թվական, սեռ, հասցե, ամուսնական վիճակ, բուժող բժշկի ազգանուն և այլն) հավաքագրում: Դա կարող է կազմակերպվել նաեւ անանուն սկզբունքով, սակայն ներառելով ծննդյան թվականը, սեռը, մասնագիտությունը և ամուսնական վիճակը:
- *Բոլոր դեպքերում պարտադիր է գաղտնիության և խորհրդապահության ապահովումը:*

### Բարոյագիտական խնդիրներ

- Գաղտնիություն և խորհրդապահություն. այցելուն իրազեկվում է, որ իր առողջության վերաբերյալ տեղեկությունը պահվում է խիստ գաղտնի (դա ամբողջ անձնակազմի պարտքն է), կարող է բացահայտվել միայն բժշկական կամ իրավաբանական բնույթի անհրաժեշտության ծագման դեպքում և միայն օրենքով սահմանված կարգով:
- ՍՎ-ով հիվանդների զննումը, հետազոտումը և բուժումը կատարվում է միայն այն դեպքում, երբ այցելուն տեղեկացվում է այդ ամենի, այդ թվում՝ և բուժմանը հաջորդող հսկողության մանրամասներին և տալիս է իր համաձայնությունը: Եթե ինչ-ինչ պատճառներով դա անհնար է (մանկական տարիք, սակավամտություն և այլն), ապա բուժօգնությունը կազմակերպվում է միայն հօգուտ հիվանդի շարժառիթներով:

Հարկ ենք համարում նշել, որ բարոյագիտական մոտեցումները և հիվանդի վարման ու բժշկական հետազոտման վերաբերյալ մարդու իրավունքները երբեմն անհրաժեշտ է լինում սահմանափակել՝ հասարակական անվտանգության, հանցագործությունների կանխարգելման նկատառումներով: Դա նպատակ է հետապնդում պաշտպանել հասարակական առողջությունը և քաղաքացիների իրավունքներն ու ազատությունները:

### Սեռավարակների հետազոտման և դիտարկման զուգումները

- ՍՎ-ով վարակվելուն նպաստող ռիսկային վարքագիծը (առանց պահպանակի հարաբերություն, բազմաթիվ զուգընկերներ, և այլն):
- Մարմնավաճառությունը:
- ՍՎ ենթադրող որելե ախտանշանի առկայությունը.
  - կանանց մոտ՝ միզասեռական վերին ուղիների ախտահարման ախտանշաններ (ցավ, անկանոն դաշտան, դիսպարեունիա), արտադրություն և այլն:
  - տղամարդկանց մոտ՝ միզուկից արտադրություն, ցավ ուղիղ աղու շրջանում (հատկապես անոգենիտալ հարաբերության ժամանակ):
  - երկու սեռերի մոտ՝ սեռական օրգանների մաշկի էրոզիվ-խոցային բնույթի ախտահարումներ, ցավ ուղիղ աղու շրջանում կամ արտադրություն ուղիղ աղուց, մոնո- և պոլիարթրիտ, կոնյուկտիվիտ:
- Սեռական հարաբերություն՝ վերոնշյալ որելե ախտանշան/համախտանիշ ունեցող անձանց հետ:
- Գործիքային ներխուժիչ (ինվազիվ) հետազոտությունների անցկացում (արգանդի խոռոչ՝ արհեստական վիժման ժամանակ, ներարգանդային հակաբեղմնավորիչների կիրառում, արհեստական բեղմնավորում և այլն):

### **Վարքագծային նկատառումներ**

Վտանգավոր վարքագիծ ունեցող են համարվում ռիսկի խմբերին պատկանող, ինչպես նաև թիրախային խմբերում ընդգրկված անձինք.

- մարմնավաճառները եւ սրանց հաճախորդները.
- արվամուլները.
- բազմաթիվ զուգընկեր ունեցողները.
- պատահական եւ անպաշտպան սեռական հարաբերություն ունեցողները.
- թմրամուլները, ինչպես նաև գինեմուլները.
- թափառաշրջիկները, գաղթականները.
- արյան եւ օրգանների դոնորները.
- աշխատանքի բերմամբ բազմաթիվ մարդկանց հետ շփում ունեցողները (բաղնիքի, սաունաների աշխատողներ, սպասարկող անձնակազմ, մատուցողներ եւ այլն).
- զուգընկերներին հաճախակի փոխող անձինք.
- մշտական սեռական զուգընկերոջից բացի, այլ զուգընկեր ունեցողները.
- ունենալով ՍՎ-ի ախտանշաններ, սեռական կյանքը շարունակողները.
- սեռական զուգընկերներին ՍՎ-ի մասին չհայտնողները, երբ բուժման կարիք կա:

### **Ախտորոշումը եւ կանխարգելումը**

- Ախտորոշումը հնարավորինս պետք է հիմնված լինի որակյալ լաբորատոր հետազոտությունների վրա: ՍՎ-ների ճշգրիտ եւ հավաստի ախտորոշումն անհրաժեշտ է, քանի որ՝
  - անախտանշան վարակների հայտնաբերումը հնարավոր է միայն լաբորատոր հետազոտմամբ.
  - դա վերաբերում է ոչ միայն այցելուին, այլև նրա սեռական զուգընկերներին, որոշ դեպքերում՝ նրա երեխաներին եւ այլոց.
  - դրանով է ապահովվում առավելագույնս ստույգ բուժման նշանակումը (նաեւ՝ հակամանրէային կայունության թեստավորումը) եւ հետագա հսկողության (ապաքինման թեստերի կատարում) անցկացումը.
  - հնարավորություն է ընձեռում պատշաճ կարգով արձանագրել եւ ճշգրիտ համաճարակաբանական տեղեկություններ ստանալ տվյալ տարածքում ՍՎ-ների տարածվածության մասին:
- Հնարավորություն է ստեղծվում մանրէաբանորեն հաստատված ախտորոշում ունենալ արդեն առաջնային խորհրդատվության փուլում, եթե կա մանրադիտակ կամ ախտորոշման այլ միջոց:
- Այցելուն պետք է համապատասխան բացատրություն ստանա իր ախտորոշման վերաբերյալ: Նրան պետք է հարցեր տալու հնարավորություն ընձեռել:
- ՍՎ-ի ախտորոշումը հնարավորություն է տալիս կանխարգելիչ գրույց վարել այցելուի հետ՝ հետագայում ՍՎ-ով կրկին վարակվելու հավանականությունը նվազեցնելու նպատակով:

## **Բուժման գործընթաց**

- Բուժումն անհրաժեշտ է սկսել առաջնային խորհրդատվության ժամանակ, եթե այդ պահին արդեն հնարավոր է ճշգրիտ ախտորոշում կատարել եւ եթե սեռական զուգընկերոջ մոտ արդեն հստակեցված է ախտորոշումը:
- Այնտեղ, ուր ախտորոշումը հնարավոր չէ, ցանկալի է անցկացնել միանվագ բուժում (բուժանձնակազմի հսկողությամբ, որն ապահովում է նշանակված բուժման ռեժիմի ճշտորեն կատարումը) :
- Այցելուին պետք է խորհուրդ տալ խուսափել սեռական կապերից, հատկապես այն ժամանակահատվածում, երբ առկա է կրկին վարակվելու կամ զուգընկերոջը վարակելու իրական վտանգ:
- Հատուկ ուշադրություն է անհրաժեշտ դարձնել հղի կանանց եւ ստնտուներին (կրծքով կերակրող կանանց):

## **Սեռական զուգընկերների ծանուցումը**

- ՍՎ-ի ախտորոշման մասին անհրաժեշտ է ծանուցել սեռական զուգընկերներին.
- դա պետք է կատարել՝ հաշվի առնելով տվյալ ՍՎ-ի հնարավոր գաղտնի շրջանը, սեռական վերհուշը (անամնեզ) եւ այլն.
- ծանուցումը կարող է կատարել թե՛ առողջապահական տվյալ համակարգի աշխատողը, եւ թե՛ անձամբ այցելուն:

## **Հետագա հսկողություն**

- Հսկողություն է սահմանվում համաձայն առկա ախտորոշման՝ հատկապես այն հիվանդությունների դեպքում, որոնց բուժման չափանիշները կախված են ժամանակի ընթացքում լաբորատոր հետազոտությունների դինամիկ փոփոխություններից:
- Հսկողությունը ցուցված է անցկացնել այն ժամանակ, երբ անհրաժեշտ է՝
  - այցելուին տեղեկացնել լաբորատոր հետազոտության տվյալների մասին.
  - գնահատել նշանակված բուժման ռեժիմի կատարման ճշտապահությունը.
  - իրազեկել բուժման հնարավոր կողմնակի երեւույթների մասին.
  - գնահատել բուժման արդյունքները (սաեւ՝ ապաքինման հսկողության անհրաժեշտությունը).
  - հետեւել զուգընկերոջը ծանուցելու ընթացքին.
  - ամրապնդել կանխարգելման միջոցների մասին ստացած տեղեկությունները.
  - ձեռքբերել բավարար հիմքեր՝ հիվանդին հաշվառումից վերջնականապես հանելու համար:

# ՍԻՖԻԼԻՍԻ ՎԱՐՄԱՆ ՈՂԵՑՈՒՅՑ

## ՆԵՐԱԾՈՒԹՅՈՒՆ

Սիֆիլիսը լինում է ձեռքբերովի կամ բնածին: Տարբերում են ձեռքբերովի սիֆիլիսի վաղ և ուշացած ձևերը: Վաղ սիֆիլիսը (վարակումից անցել է 1 տարուց ոչ ավելի) դասակարգվում է առաջնայինի, երկրորդայինի և վաղ թաքնվածի (գաղտնի, լատենտ), իսկ ուշացած սիֆիլիսը (վարակումից անցել է 1 տարուց ավելի)՝ երկրորդայինի, ուշացած թաքնվածի, երրորդայինի՝ ներառյալ գումոգ, սրտանոթային և նյարդասիֆիլիս:

Բնածին սիֆիլիսը ունի վաղ (արտահայտվում է կյանքի առաջին երկու տարում) և ուշացած (արտահայտվում է ավելի ուշ) ձևեր, որոնք կարող են ընթանալ նաեւ անախտանշան՝ թաքնված:

## ԱՆՏՈՐՈՇՈՒՄԸ

### Կլինիկական

Գաղտնի շրջան. սովորաբար 3-4 շաբաթ, սակայն կարող է տևել մինչև 90 օր:

Առաջնային սիֆիլիս. վարակի ներթափանցման տեղում առաջանում է կարծր շանկր (երոզիա կամ խոց), որը սովորաբար ուղեկցվում է հարակից ավշահանգույցների մեծացումով (լիմֆադենոպաթիա): Սեռական օրգանների շրջանում առաջացած կարծր շանկրը հաճախ լինում է միայնակ, անցավ, հարթ մակերեսով: Երբեմն կարող է լինել արտասովոր՝ բազմաթիվ, ցավոտ, թարախային, քայքայվող, ինչպես նաեւ արտասեռական տեղակայմամբ: Սեռական տեղակայումով վերջը պետք է առաջնահերթ դիտվի որպես սիֆիլիս և հետազոտվի:

Երկրորդային սիֆիլիս. սկսվում է շանկրի առաջացումից 3-6 շաբաթ անց: Արտահայտվում է բազմաձև ցանավորումով՝ վարդացան, հանգուցիկներ, երբեմն էլ՝ թարախաբշտիկներ: Դրանց դրսևորումը մաշկի և լորձաթաղանթների վրա (գույն, տարածվածություն) կախված է ընթացքի վաղեմությունից. տարածուն և վառ ցանը, ինչպես նաեւ տարածուն լիմֆադենոպաթիան բնորոշ են սկզբնական ժամանակահատվածին, իսկ խմբավորվածը, սակավը, խամրածը՝ հետագա կրկնումներին, որոնք կարող են լինել բազմակի: Կրկնումներին հատուկ են ափերի և ներբանների հանգուցիկային ցանավորումը, սեռական օրգանների, շքի և հետանցքի շուրջ ուռչանների (լայն կոնդիլոմա) առաջացումը: Հնարավոր է նաեւ օջախային մազաթափություն, օջախային գունազրկում (սիֆիլիսային լեյկոդերմա): Օրգան-համակարգերի սիֆիլիսային ախտահարումը դրսևորվում է անախտանշանից մինչև ծայրաստիճան արտահայտվածությամբ: Կարող են լինել. առաջնային ուլեիտ, սկլերիտ, ռետինիտ, պապիլիտ, աչքի ծիածանաթաղանթի և տեսողական նյարդի բորբոքում, մենինգիտ, գանգուղային նյարդերի պարեզ, լյարդի ախտահարումներ, փայծաղի մեծացում, վերնուսրի բորբոքում, գլոմերուլոնեֆրիտ և այլն: Վերոնշյալ երևույթները նույնպես կարող են կրկնվել վարակումից 1 տարի և ավելի ժամանակ անց (տես՝ Ուշացած սիֆիլիս):

Թաքնված սիֆիլիս. սիֆիլիսային անախտանշան վարակն է, որը հնարավոր է հայտնաբերել միայն սիֆիլիսի շիճուկաբանական հետազոտությամբ: Դասակարգվում է որպես վաղ, եթե վարակումից անցել է մեկ տարուց ոչ ավելի, և ուշացած՝ եթե անցել է 1 տարուց ավելի ժամանակ:

Ուշացած սիֆիլիսը լինում է.

- Երկրորդային (վարակումից անցել է 1 տարուց ավելի ժամանակ):
- Երրորդային. բնորոշ են խոցոտվելու հակում ունեցող հանգույցները (գումաները) և թմբիկները:
- Նյարդասիֆիլիս. մենինգովասկուլար, պարենխիմատոզ (ընդհանուր պարեզ, ողնուղեղային չորուկ), անախտանշան:
- Ընդերային սիֆիլիս:
- Սրտանոթային սիֆիլիս. աորտիտ, կրծքահեղձուկ (անգինա), աորտայի



աներիզմա:

### **Լաբորատոր**

Վաղ սիֆիլիսի ախտորոշումը հաստատվում է ախտահարված օջախներից կամ ավշազեղներից հարուցիչ՝ *դժգույն տրեպոնեմի* հայտնաբերմամբ, հետեյալ եղանակներով.

- մանրադիտակային զննում մգացրած դաշտում.
- պոլիմերազային շղթայական ռեակցիա (ՊՇՌ-PCR):

### **Սիֆիլիսի շիճուկաբանական հետազոտություններ (ռեակցիաներ)**

Առաջնային դիտարկիչ փորձեր.

- Նստեցման միկրոռեակցիա (ՆՄՌ), VDRL, RPR:

Շիճուկաբանական ռեակցիաների համալիր (ՇՌՀ), որն ընդգրկում է՝

- ՆՄՌ, VDRL կամ RPR
- Վասերմանի ռեակցիա (ՎՌ) կարդիոլիպինային եւ տրեպոնեմային հակածիններով:

Հաստատող փորձեր (դրական եւ բացասական ռեակցիաները հաստատելու համար, տես՝ ստորել)

- TPHA, FTA-abs test, ԴՏԱՌ

### **Կեղծ բացասական ռեակցիա**

- Կեղծ բացասական ռեագինային (կարդիոլիպինային) թեստը կարող է առաջանալ երկրորդային սիֆիլիսի ժամանակ՝ չնոսրացված շիճուկում պրոզոն ֆենոմենի պատճառով:
- Ժամանակավոր բացասական ռեագինային (կարդիոլիպինային) թեստը կարող է երբեմն ստացվել երկրորդային սիֆիլիսի ժամանակ, ինչպես նաեւ ՄԻԱՎ-ով ուղեկցվող կամ իմունային ընկճվածությունների դեպքերում (դրական է լինում հաջորդական թեստերի ժամանակ):

### **Կեղծ դրական ռեակցիա**

- Շիճուկաբանական կեղծ դրական (ՇԿԴ) պատասխանները լինում են սուր (6 ամսից պակաս) եւ քրոնիկ (6 ամիս կամ ավելի): Սուր ՇԿԴ կարող է ի հայտ գալ հղիության, հետպատվաստման, վերջերս տարած սրտամկանի ինֆարկտի եւ մի շարք տենդային հիվանդությունների ժամանակ: Քրոնիկ ՇԿԴ կարող է ի հայտ գալ թմրանյութերի ներարկման, աուտոիմուն հիվանդությունների, բորի, լյարդի քրոնիկ պաթոլոգիայի, ուռուցքային հիվանդությունների ժամանակ եւ տարեց հասակում:
- Կեղծ դրական ռեակցիա (տրեպոնեմային եւ ոչ տրեպոնեմային) առաջանում է նաեւ Էնդեմիկ տրեպոնեմատոզների եւ բորելիոզի ժամանակ: Տրեպոնեմատոզը հարուցում են սպիրոխետների խմբին պատկանող բակտերիաները՝ բորելիա, սպիրոխետա, լեպտոսպիրա, քրիստիսպիրա եւ տրեպոնեմա իր հետեյալ տարատեսակներով.
  - *S. պալիդում* (վեներական եւ Էնդեմիկ սիֆիլիս).
  - *S. պերտենուե* (արեւադարձային ֆրամբեզիա).
  - *S. կարատեում* (պիստա):

Էնդեմիկ տրեպոնեմատոզների (Էնդեմիկ սիֆիլիս, ֆրամբեզիա եւ պիստա) եւ սիֆիլիսի ժամանակ առաջացած հակամարմինները իրարից չեն տարբերվում: Հետեւաբար, բոլոր դեպքերում (Էնդեմիկ օջախներից ժամանած հիվանդներին) պետք է նշանակել հակասիֆիլիսային կանխարգելիչ բուժում:

*Նյարդասիֆիլիսի հաստատման լաբորատոր հետազոտություններ*

- Ողնուղեղային հեղուկի (ՌՀ) հետազոտումը ցուցված է հետեյալ ախտանշաններն ունեցող հիվանդներին՝

- Նյարդային համակարգի ախտահարման կլինիկական երեւոյթներ,
- ակնային, սրտանոթային կամ գումոզ սիֆիլիս,
- ՄԻԱՎ վարակ:

**Նշում.** ՈՅ-ի հետազոտումը հավելյալ հետազոտում է ուշացած թաքնված սիֆիլիսով հիվանդների համար, կամ այն դեպքերում, երբ թաքնված սիֆիլիսի ժամկետն անհայտ է: Այս հետազոտությունը պետք է բացառի անախտանշան նյարդասիֆիլիսը:

- ՈՅ-ի հետազոտում. TPHA թեստ, ՇՈՅ, VDRL թեստ, ընդհանուր սպիտակուցներ, ալբումինի մակարդակ, լեյկոցիտներ:
- Նյարդասիֆիլիսի ախտորոշման չափանիշներ
  - TPHA դրական թեստ (ՈՅ-ում)
  - լեյկոցիտների քանակի ավելացում (ավելի քան 10/մմ<sup>3</sup> ՈՅ-ում)
  - դրական VDRL թեստ (ՈՅ-ում)

### Սիրտանոթային սիֆիլիսի հաստատում

- Կրծքավանդակի ռենտգեն հետազոտում:

### Ակնային սիֆիլիսի հետազոտում

- Եթե ակնային բողբոջներ կան:

**Նշում.** Աչքերի հետազոտումը (ճեղքային լամպով) կարող է օգնել ձեռքբերովի կամ բնածին ակնային սիֆիլիսը (ինտերստիցիալ կերատիտ) ախտորոշելու համար:

### ՎԱՐՈՒՄԸ

#### Ընդհանուր դրույթներ

- Հակաբիոտիկների տրեպոնեմացիո մակարդակը պետք է ապահովվի շիճուկում, իսկ նյարդասիֆիլիսի դեպքում՝ ՈՅ-ում եւս: Պենիցիլինի 0.018 մգ/լ մակարդակը համարվում է տրեպոնեմացիո:
- Հակաբիոտիկների տրեպոնեմացիո մակարդակը պետք է պահպանվի առնվազն 7-10 օր՝ ընդգրկելու համար տրեպոնեմների բազմացման ժամկետները (30-33 ժամ) վաղ սիֆիլիսի դեպքում: Սիֆիլիսի ուշացած դեպքերում հարկավոր է ավելացնել հակաբիոտիկների ընդունման ժամկետը, տրեպոնեմների ավելի դանդաղ բազմացման ցիկլի պատճառով:
- Երկարատեւ ազդեցություն ունեցող բենզաթին պենիցիլինի 2.4 մլն միավորը առաջացնում է 3-4 շաբաթ (21-23 օր) տեւողությամբ պենիցիլինեմիա: Պրոկաին պենիցիլինի ամենօրյա ներարկումը ապահովում է վերոնշյալ մակարդակը:
- Ընդունված ոչ պենիցիլինային հակաբիոտիկներից են տետրացիկլինը, դոքսիցիկլինը (որի ՈՅ-ի թափանցելիությունը բարձր է) եւ էրիթրոմիցինը: Վերջինս լավ չի թափանցում ուղեղային եւ ընկերքային պատնեշներով: Հակատրեպոնեմային հակաբիոտիկներ են նաեւ ազիթրոմիցինը եւ ցեֆտրիաքսոնը: Վերջինս ունի ՈՅ-ի մեջ լավ ներծծվելու հատկություն:
- Մեծ նշանակություն ունի հիվանդի իմուն վիճակը, որը թույլ է տալիս չբուժված հիվանդների 60%-ին ապրել առանց բարդությունների ամբողջ կյանքի ընթացքում: ՈՅ-ի ներգրավումը հնարավոր է վաղ սիֆիլիսի դեպքում եւս: Չնայած այն փաստին, որ եւ բենզաթին պենիցիլինով, եւ պարենտերալ պրոկաինով բուժման ընդունված մեթոդները չեն հասնում ՈՅ-ում տրեպոնեմացիո մակարդակին, ուշացած սիֆիլիսի, ներառյալ նյարդասիֆիլիսի, դեպքերի թիվը չի աճում, ինչն ապացուցում է, որ բուժումն արդյունավետ է եւ անձի իմուն վիճակը մեծ դեր է խաղում ապաքինման հարցում: Մինչդեռ հղի կանանց բուժումը բենզաթին պենիցիլինով հաճախ

անարդյունավետ է:

- Բենզաթին պենիցիլինն օգտագործվում է որպես բուժման հեշտ միջոց: Նովոկաինի լուծույթը լուծիչի դերում պակասեցնում է ներարկման ցավը եւ տհաճությունը:
- Սիֆիլիսով տառապող հիվանդների մոտ միաժամանակյա ՄԻԱՎ վարակը կարող է հանգեցնել (վաղ) նյարդասիֆիլիսի եւ ակնային սիֆիլիսի ավելի ագրեսիվ ընթացքի, ավելացնել բուժման ձախողումների եւ ռեցիդիվների քանակը: Եզրահանգումները հետեւյալն են՝
  - ՄԻԱՎ հակամարմնի թեստը պարտադիր է ինչպես բուժման, այնպես էլ հետբուժումային ամբողջ ժամանակահատվածում:
  - ՄԻԱՎ-ով ուղեկցվող սիֆիլիսով հիվանդների ուշադիր հետբուժումային հսկողություն, ներառյալ ՌՅ-ի ստուգումը վաղ սիֆիլիսի բուժումից 2 տարի հետո եւ ուշ լատենտ կամ անհայտ տեւողությամբ սիֆիլիս ունեցող ՄԻԱՎ-ով հիվանդների սկզբնական ախտորոշման փուլում:

### Սիֆիլիսի բուժման սկզբունքներ

- Կանխարգելիչ բուժում
  - կլինիկական կամ լաբորատոր տվյալների բացակայություն, սակայն մինչեւ 2 ամիս առաջ սիֆիլիսի վաղ ձեւով տառապող հիվանդի հետ սեռական շփման վերհուշ:
  - հղի կնոջ, որը նախկինում բուժվել է սիֆիլիսից, սակայն շճաբանական թեստերը մնում են դրական:
  - նորածնի, որը ծնվել է սիֆիլիսով հիվանդ մորից, անկախ հղիության ընթացքում կատարված բուժումից:
- Յուրահատուկ (սպեցիֆիկ) բուժում. սիֆիլիսին բնորոշ ախտանշաններ՝ հաստատված լաբորատոր հետազոտությամբ:

### Կանխարգելիչ բուժում

- ԲԲՊ 2.4 մլն ա.մ., մ/մ միանվագ
- ՊԲՊ 1,2 մլն ա.մ., մ/մ օրը 1 անգամ, 7 օր
- ՆովբՊ 600,000 ա.մ., մ/մ օրը 2 անգամ, 7 օր
- Դոքսիցիկլին 100 մգ օրը 2 անգամ, 10 օր
- Տետրացիկլին 500 մգ օրը 4 անգամ խմելու, 10 օր
- Օքսացիլին կամ ամպիցիլին 1000 մգ մ/մ օրը 4 անգամ, 10 օր
- Ցեֆտրիաքսոն 250 մգ մ/մ, օրը 1 անգամ, 5 օր
- Ազիթրոմիցին 500 մգ խմելու, օրը 1 անգամ, 10 օր
- այն անձանց, որոնց ներարկվել է շճադրական դոնորական արյուն՝ նշանակվում է բուժում առաջնային սիֆիլիսի սխեմայով, եթե արյունը ներարկվել է վերջին 3 ամսվա ընթացքում, կամ սահմանվում է միայն շճաբանական հսկողություն 6 ամսով (եռամսյակը մեկ), եթե արյունը ներարկվել է ավելի վաղ, քան 3 ամիս առաջ:

Եթե սիֆիլիսով հիվանդի հետ հարաբերությունը տեղի է ունեցել վերջին 2 ամսվա ընթացքում, պետք է կատարվեն կրկնակի շճաբանական թեստեր եռամսյակում. եթե հարաբերությունն եղել է 3 կամ ավելի ամիս առաջ՝ շճաբանական հետազոտումը կատարվում է 1 անգամ:

### Վաղ սիֆիլիսի բուժումը

#### Առաջնային սիֆիլիսի բուժումը

- ԲԲՊ 2,4 մլն ա.մ. մ/մ, 2 անգամ 1 շաբաթյա ընդմիջումով (1 եւ 8-րդ օրեր)
- ՊԲՊ օրական 1,2 մլն ա.մ. մ/մ, 10 օր
- ՆովբՊ 600,000 ա.մ. մ/մ, օրը 2 անգամ, 10 օր

- ՆԲՊ 1 մլն ա.մ. մ/մ օրը 4 անգամ (6 ժամը մեկ), 10 օր
- Դոքսիցիլին 100 մգ, օրը 2 անգամ, 15 օր
- Տետրացիկլին 500 մգ, օրը 4 անգամ խմելու, 15 օր
- Օքսացիլին կամ ամպիցիլին 1000 մգ մ/մ, օրը 4 անգամ, 14 օր
- Ցեֆտրիաքսոն 250 մգ մ/մ, օրը 1 անգամ, 10 օր
- Ազիթրոմիցին 500 մգ խմելու, օրը 1 անգամ, 10 օր

**Երկրորդային եւ վաղ թաքնված սիֆիլիսի բուժումը**

- ԲԲՊ 2.4 մլն ա.մ. մ/մ երեք սրսկում՝ շաբաթը 1 անգամ (օրեր՝ 1, 8 եւ 15)
- ՊԲՊ օրական 1,2 մլն ա.մ. մ/մ, 10 օր
- ՆովԲՊ 600.000 ա.մ. մ/մ, օրը 2 անգամ, 20 օր
- ՆԲՊ 1 մլն ա.մ. մ/մ, օրը 4 անգամ (6 ժամը մեկ), 20 օր տեւողությամբ
- Դոքսիցիլին 100 մգ խմելու, օրը 2 անգամ, 30 օր
- Տետրացիկլին 500 մգ խմելու, օրը 4 անգամ, 30 օր
- Օքսացիլին կամ ամպիցիլին 1000 մգ, մ/մ, օրը 4 անգամ, 28 օր
- Ցեֆտրիաքսոն 500 մգ մ/մ, օրը 1 անգամ, 10 օր
- Ազիթրոմիցին 500 մգ խմելու, օրը 1 անգամ, 10 օր

Վերջին 2 տարբերակները հանձնարարվում են վաղ թաքնված սիֆիլիսի՝ ավելի քան 6 ամիս առաջ ձեռք բերված եւ լեյկոդերմայով կամ մազաթափությանը ուղեկցվող երկրորդային սիֆիլիսի դեպքում:

**Ուշագած սիֆիլիսի բուժումը**

**Երրորդային եւ ուշագած թաքնված սիֆիլիսի բուժումը**

Մաշկային ցանավորմամբ եւ զուգահեռ՝ ներքին օրգանների յուրահատուկ ընդգրկմամբ երրորդային սիֆիլիսի բուժման եղանակները նույնն են, ինչ ուշ ընդերային սիֆիլիսինը:

Մաշկային ցանավորմամբ, առանց ընդերային ախտահարման երրորդային սիֆիլիսի եւ ուշագած թաքնված սիֆիլիսի բուժման եղանակներն են՝

- ՆԲՊ 1 մլն ա.մ. մ/մ, օրը 4 անգամ, 28 օր, երկու շաբաթ անց կրկնվում է նույն բուժումը՝ 14 օր
- ՆովԲՊ 600.000 ա.մ. մ/մ, օրը 2 անգամ, 28 օր, երկու շաբաթ անց կրկնվում է բուժումը՝ 14 օր
- ՊԲՊ 1,2 մլն ա.մ. մ/մ, օրը 1 անգամ, 28 օր
- Ցեֆտրիաքսոն 1000 մգ մ/մ, օրը 1 անգամ, 14 օր

**Ընդերային սիֆիլիսի եւ նյարդասիֆիլիսի բուժումը**

Ընդերային սիֆիլիսի սահմանումը՝ ներքին օրգանների յուրահատուկ ախտահարում, սրտանոթային սիֆիլիս եւ/կամ ներքին օրգանների գումոզ ախտահարում:

Նյարդասիֆիլիսի սահմանումը՝ վարակումից հետո առաջին երեք տարում ԿՆՅ-ի յուրահատուկ ախտահարում՝ մենինգովասկուլար սիֆիլիս, ԿՆՅ-ի յուրահատուկ պարենխիմատոզ ախտահարում՝ ողնուղեղի չորուկ, պարալիտիկ դեմենցիա, տեսողական նյարդի առաջնային ապաճում:

ա- ընդերային սիֆիլիս.

- ՆԲՊ 400.000 ա.մ. մ/մ, օրը 8 անգամ, 28 օր, կրկնվում է 2 շաբաթ անց՝ երկրորդ կուրսով, 14 օր
- ՆովԲՊ 600.000 ա.մ. մ/մ, օրը 2 անգամ կամ ՊԲՊ 1,2 մլն ա.մ. մ/մ, օրը 1 անգամ, 28 օր, 2 շաբաթ անց հաջորդում է երկրորդ կուրսը՝ 14 օր
- Ցեֆտրիաքսոն 2000 մգ մ/մ, օրը 1 անգամ 14 օր

Նախքան պենիցիլինային կուրսը, բուժումը պետք է սկսել երկշաբաթյա լայն սպեկտրի հակաբիոտիկի նշանակմամբ (տետրացիկլին կամ էրիթրոմիցին, օրը 4 անգամ խմելու՝ 500 մգ-ից):

բ- Նյարդասիֆիլիս.

- հանձնարարված եղանակները նույնն են, ինչ ընդերային սիֆիլիսի դեպքում, սակայն հավելելով երկրորդ կուրս, 2 շաբաթ անց:

**Նշում.** Երրորդային, ընդերային, սրտանոթային եւ նյարդային սիֆիլիսով հիվանդների բուժումը պետք է համատեղ իրականացնեն համապատասխան մասնագետները եւ մաշկավեներաբանը հիվանդանոցային պայմաններում:

### **Չետբուժական հսկողություն**

ՌՅ-ի կրկնակի ստուգումը պետք է կատարվի նյարդասիֆիլիսի բուժումից 1-2 տարի հետո: Ժամկետից շուտ կատարված ստուգման արդյունքները, օրինակ՝ 3-6 ամիս հետո, կարող են չարտացոլել ճիշտ պատկերը եւ, ըստ այսպես կոչված պարադոքսալ ռեակցիայի, շփոթություն առաջացնել: Մենինգովասկուլար նյարդասիֆիլիսի ժամանակ մոնոնուկլեար բջիջների քանակը ՌՅ-ում կանոնավորվում է ավելի արագ (6-12 ամիս), քան պարենխիմատոզի դեպքում (1-2 տարի): Ինչպես նշվեց, մոնոնուկլեար բջիջների քանակը ՌՅ-ում եւ իմունազլոբուլինի ցուցիչը (IgG) պետք է կանոնավորվեն 1-2 տարուց, մինչդեռ ալբումինի քանակը, IgG-ցուցիչը եւ տրեպոնեմի հեմագլուտինացիայի ռեակցիայի ցուցիչը (TPHA) կարող են չկանոնավորվել եւ ողնուղեղային հեղուկի սիֆիլիս-թեստը (ՌՅ- VDRL) կմնա դրական:

### **Յուրահատուկ վիճակներ**

#### **Չղիություն**

Վաղ շրջանի չբուժված սիֆիլիսով հիվանդ հղի կանանցից ծնված նորածինների վարակվածությունը կազմում է 70-100%, մեռելածինները կազմում են նորածինների մեկ երրորդը: Ստանդարտ բուժումը լավ արդյունքներ է տալիս, սակայն հայտնի են դեպքեր, երբ պահանջվում է ավելի ինտենսիվ բուժում:

#### **Յուրահատուկ բուժում.**

ա- հղիության մինչեւ 18 շաբաթը բուժումը կատարվում է այնպես, ինչպես ոչ հղի կանանց դեպքում:

բ- հղիության 18 շաբաթից հետո բուժման եղանակներն են՝

#### **Առաջնային սիֆիլիս.**

- ՊԲՊ 1,2 մլն ա.մ. մ/մ, օրը 1 անգամ, 10 օր
- ՆովԲՊ 600.000 ա.մ. մ/մ, օրը 2 անգամ, 10 օր
- ՆԲՊ 1 մլն ա.մ. մ/մ, օրը 4 անգամ (6 ժամը մեկ), 10 օր

#### **Վաղ սիֆիլիս (երկրորդային եւ թաքնված)**

- ՊԲՊ 1,2 մլն ա.մ. մ/մ օրը 1 անգամ, 20 օր
- ՆովԲՊ 600.000 ա.մ. մ/մ օրը 2 անգամ, 20 օր
- ՆԲՊ 1 մլն ա.մ. մ/մ, օրը 4 անգամ (6 ժամը մեկ) 20 օր

#### **Կանխարգելիչ բուժում**

- Նշանակվում է այն կանանց, ովքեր նախքան հղիանալը ստացել են յուրահատուկ բուժում, սակայն մնում են շճադրական:
- Նշանակվում է այն հղի կանանց, որոնց ամուսինների կամ զուգընկերների մոտ հայտնաբերվել է սիֆիլիս, սակայն նրանց շճաբանական հետազոտության արդյունքները բացասական են:
- Կանխարգելիչ բուժումը կատարվում է առաջնային սիֆիլիսի բուժման

եղանակով:

Պենիցիլինային ալերգիայի դեպքում հանձնարարվում է այլընտրանքային բուժում.

- Էրիթրոմիցին կամ կիսասինթետիկ պենիցիլիններ:
- կարելի է սկսել պենիցիլինի հանդեպ ալերգիան չեզոքացնող միջոցից, այնուհետև կիրառել առաջնահերթ բուժման եղանակը
- Այլընտրանքային տարբերակներ՝
  - Ազիթրոմիցին 500 մգ խմելու, օրը 1 անգամ, 10 օր
  - Ցեֆտրիաքսոն, օրը 250 մգ մ/մ, 10 օր

### **Բնածին սիֆիլիսի կանխում եւ կանխիչ նեոնատալ բուժում**

Կանանց կոնսուլտացիա հաճախող բոլոր հղի կանայք պետք է ենթարկվեն սիֆիլիսի սկատմամբ հետազոտման՝ հղիության ընթացքում 2 անգամ (1-ին եւ 2-րդ կես), ինչպես նաեւ ծննդատուն ընդունվելիս: Սա բնածին սիֆիլիսի կանխման հատուկ ռազմավարությունն է:

- Շճադրական մայրերից ծնված բոլոր երեխաները պետք է ստանան բենզաթին պենիցիլին՝ 50.000 ա.մ./կգ միանվագ, մ/մ, անկախ հղիության ընթացքում մոր ստացած բուժումից:

### **Բնածին սիֆիլիս**

#### *Երեխաների սիֆիլիսի կանխարգելիչ եւ յուրահատուկ բուժում*

Եթե շճադրական մայրը բուժում չի ստացել կամ ստացել է բավականին ուշ (հղիության 32 շաբաթից հետո), ապա սիֆիլիսի ախտանշաններ չունեցող նորածինն նշանակվում է կանխարգելիչ բուժում՝ անկախ նրա շճաբանական հետազոտությունների արդյունքներից:

ա- եթե մայրը բուժում չի ստացել, ապա նորածնի կանխարգելիչ բուժումը նույնն է, ինչ բնածին սիֆիլիսի դեպքում.

բ- եթե մայրն ստացել է բուժում, սակայն ծննդաբերության պահին մնում է շճադրական, կիրառվում է հետեւյալ եղանակներից մեկը՝

- ՆԲՊ 100.000 ա.մ./կգ քաշին/օրական մ/մ, օրը 6 անգամ, 10 օր
- ՆովԲՊ 50.000 ա.մ./կգ քաշին/օրական, մ/մ օրը 2 անգամ, 10 օր
- ՊԲՊ 50.000 ա.մ./կգ քաշին/օրական մ/մ, օրը 1 անգամ, 10 օր
- ԲԲՊ 50.000 ա.մ./կգ քաշին 2 ներարկում 7 օրյա ընդմիջումով (1 եւ 8 օրերին)

### **Ախտանշաններով կամ անախտանշան վաղ բնածին սիֆիլիսի բուժումը.**

ա- Բնականոն ՌՅ-ով նորածին.

- ՆԲՊ 100.000 ա.մ./կգ/օր, մ/մ, օրը 6 անգամ, 14 օր
- ՆովԲՊ 50.000 ա.մ./կգ/օր, մ/մ, օրը 2 անգամ, 14 օր
- ՊԲՊ 50.000 ա.մ./կգ/օր մ/մ, օրը 1 անգամ, 14 օր
- ԲԲՊ 50.000 ա.մ./կգ/օրը 3 անգամ, 7 օրյա ընդմիջումով (1, 8 եւ 15 օրերին), եթե նորածնի քաշը 2 կգ-ից պակաս չէ:

բ- ՌՅ-ի անկանոնություններով կամ ՌՅ չստուգված նորածին.

- ա կետում նշված եղանակներով, սակայն ԲԲՊ չի հանձնարարվում:

Պենիցիլինային ալերգիայի դեպքում հանձնարարվում է այլընտրանքային բուժում.

- Օքսացիլին, ամպիցիլին կամ ցեֆտրիաքսոն (80մգ/կգ քաշին, 14 օր):

### **Ուշացած բնածին սիֆիլիսի բուժումը.**

- ՊԲՊ 50.000 ա.մ./կգ քաշին մ/մ, օրը 1 անգամ, 28 օր
- ՆովԲՊ 50.000 ա.մ./կգ/օր մ/մ օրը 2 անգամ, 28 օր
- ՆԲՊ 50.000 ա.մ./կգ/օր մ/մ, օրը 6 անգամ, 28 օր

### ***Չուզահեռ ՄԻԱՎ վարակակրություն***

Ընդհանուր դիտարկումներ

- ՄԻԱՎ վարակակիր հիվանդների դեպքում սիֆիլիսի հայտնաբերման շիճուկային ռեակցիաները սովորաբար վատահեղի են եւ կարող են օգտագործվել սիֆիլիսի ախտորոշման եւ բուժման արդյունքների գնահատման համար:
- ՄԻԱՎ վարակակիր վաղ սիֆիլիսով հիվանդները ունեն նյարդային կամ ակնային ախտահարման բարձր հավանականություն, ինչպես նաեւ բենզաթին պենիցիլինով բուժման անարդյունավետության բարձր վտանգ: Յետեւաբար անչափ կարելոր է դառնում հետբուժումային հսկողությունը մասնագետ վեներաբանի կողմից:
- ՈՅ-ի քննությունը առաջարկվում է անցկացնել հետեւյալ դեպքերում՝
  - որպես ՄԻԱՎ վարակակիր անձանց սկզբնական ախտորոշիչ հետազոտություն՝ ուշացած թաքնված կամ անհայտ տեղողությամբ սիֆիլիսով հիվանդների համար:
  - վաղ սիֆիլիսի բուժումից 2 տարի հետո (խորհուրդ չի տրվում ՄԻԱՎ վարակով հիվանդներին)

### **ՄԻԱՎ վարակով զուգակցված սիֆիլիսով հիվանդների բուժումը**

- ՄԻԱՎ-ի առկայությունը չի պահանջում փոփոխություններ կատարել բուժման մեջ:  
**Նշում.** սահմանել մանրակրկիտ հետբուժումային հսկողություն:

### **Բուժման ընթացքում առաջացող ռեակցիաներ**

Հիվանդին պետք է նախազգուշացնել սիֆիլիսի բուժման համար օգտագործվող հակաբիոտիկներից առաջացող հնարավոր ռեակցիաների մասին:

### **Ջարիշ-Յերքսիեյմերի ռեակցիա**

- սուր ջերմային ռեակցիա, որն ուղեկցվում է գլխացավով, մկանացավով, դողով եւ սարսուռով, տեւում է մի քանի ժամ եւ ապա անցնում: Բնորոշ է առկա բժային ցանավորման գերցայտունացումով կամ նոր տարրերի առաջացմամբ:
- Յուրահատուկ է վաղ սիֆիլիսին, անվտանգ է, եթե չկա նյարդային, ակնային ախտահարում կամ հղիություն: Վերջինիս դեպքում Ջարիշ-Յերքսիեյմերի ռեակցիան կարող է պտղի կորստի կամ վաղաժամ ծննդաբերության պատճառ դառնալ:
- Հազվադեպ է հանդիպում ուշացած սիֆիլիսի բուժման ընթացքում, սակայն վտանգավոր է ու կյանքին սպառնացող՝ առաջացող բարդությունների (աորտայի եւ պսակաձեւ անոթների ախտահարում, ձայնալարերի կտրուկ այտուց եւ այլն) պատճառով:

- **Ջարիշ-Յերքսիեյմերի ռեակցիայի վարում**

Սրտանոթային կամ նյարդային համակարգերի ախտահարման դեպքում խորհուրդ է տրվում կատարել հետեւյալ նշանակումները՝

- պրեդնիզոլոն 10-20 մգ, օրը 3 անգամ 3 օր, հակատրեպոնեմային բուժումը սկսել պրեդնիզոլոնի նշանակումից 24 ժամ հետո.
- ջերմիջեցնողներ.
- հակաբիոտիկի օգտագործումն սկսել ցածր դեղաչափերից՝ աստիճանաբար հասցնելով հանձնարարվող չափերին (հատկապես ակնային, սրտանոթային եւ նյարդային սիֆիլիսի դեպքում):

Պրոկահնային ռեակցիա (պրոկահնային պսիխոզ, պրոկահնոմանիա, Յուանիեյի համախտանիշ)

- կարող է առաջանալ պրոկահն պենիցիլինի անզգույշ ներարկումից, երբ այն թափանցում է ուղղակի անոթի մեջ: Բնութագրվում է պսիխոտիկ վիճակով (մահվան վախ, պատրանքներ) ներարկումից անմիջապես հետո եւ տևում է 20 րոպեից ոչ ավելի:
- **Վարում՝**
  - բացառել անաֆիլաքսիան
  - հանգստացնել
  - սեդատիվներ (մոմիկներ, ն/ե, մ/մ) ցնցումների դեպքում

**Կոնտակների վարում**

- Պետք է ստուգել սիֆիլիսով բոլոր հիվանդների սեռական կապերը, ուղեգրերը (առողջապահության վարչությունից), սեռավարակների կանխման եւ նախորդ բուժման պատմությունը:
- Չնայած թաքնված սիֆիլիսի բաժանումը վաղ եւ ուշացած շրջանների շատ է օգնում բուժման եւ տեղեկացման հարցում, այս դասակարգումը կարող է ինդիկներ առաջացնել հսկողության ժամանակ, քանզի եղել են դեպքեր, երբ գրանցված բավականին ուշացումով, ենթադրաբար ոչ վարակիչ եւ թաքնված սիֆիլիսի մեծաքանակ դեպքերը իրականում եղել են վաղ, ակտիվ սիֆիլիսի դեպքեր:
- Երկրորդային սիֆիլիսը կարող է կրկնվել առաջին 2 տարվա ընթացքում, եւ ենթադրվում է, որ վարակը սեռականորեն փոխանցվում է վարակվելու պահից երկու տարվա ընթացքում:
- Տեղեկացումը օգնում է նվազեցնել հիվանդության տարածումը, վարակի փոխանցման վտանգը: Սակայն տեղեկացման ծրագրերը այդքան էլ արդյունավետ չեն, քանզի սիֆիլիսը կարող է արագ տարածվել:
- Առաջնային սիֆիլիսով հիվանդների հետ վերջին 3 ամսում սեռական հարաբերություն ունեցած անձինք պետք է զգուշացվեն, քանզի հիվանդության ինկուբացիոն շրջանը կարող է տևել մինչեւ 90 օր: Երկրորդային սիֆիլիսի դեպքում զգուշացումը պետք է ընդգրկի վերջին 2 տարվա ընթացքում սեռական կապի մեջ եղած անձանց:
- Վաղ սիֆիլիսով հիվանդների հետ սեռական հարաբերություն ունեցած անձանց 40-60%-ը կարող է վարակված լինել՝ ներառյալ հղի կանայք
- Անհապաղ նախատեսել սեռական կապի մեջ եղած անձանց էպիդեմիոլոգիական բուժումը (հատկապես հղի կանանց), եթե նրանք, վարակը բացառելու նպատակով, կարող են գալ կլինիկական եւ շիճուկաբանական հետազոտությունների:
- Սիֆիլիսի հայտնաբերման շիճուկաբանական հետազոտությունը պետք է կատարվի առաջին այցի ժամանակ եւ կրկնվի 6-րդ շաբաթում ու 3-րդ ամսում:

**Հետբուժական հսկողություն**

Կլինիկական եւ շիճուկաբանական հետազոտություններն անհրաժեշտ են բուժման արդյունավետությունը գնահատելու առումով: Հետետողական հսկողությունը թույլ է տալիս հայտնաբերել վերավարակումը կամ սիֆիլիսի կրկնումները:

- Թաքնված սիֆիլիսի դեպքում ոչ տրեպոնեմային շիճուկային թեստերի տեղաշարժերը հաճախ չեն լինում, կամ բացասականացումը (նեգատիվիզացիա) հապաղում է: ՄԻԱՎ վարակ չունեցող թաքնված սիֆիլիսով հիվանդների համար ոչ տրեպոնեմային թեստը, որը պահպանվում է տիտրի ամենացածր սահմանում, հետբուժումային հսկողություն չի նախատեսում:



- Ոչ տրեպոնեմային թեստում տիտրի քառակի բարձրացումը (նոսրացման 2 աստիճան) կարող է լինել վերավարակման կամ կրկնման նշան
- ՈՅ-ի հետբուժումային ստուգումը պետք է կատարվի նյարդասիֆիլիսի բուժումից 2 տարի հետո
- Լիարժեք բուժման արդյունքում յուրահատուկ տրեպոնեմային թեստերի արդյունքները երբեմն կարող են չփոխվել եւ դրական մնալ ամբողջ կյանքի ընթացքում:

Սիֆիլիսի բուժումից հետո կլինիկաշճաբանական հսկողություն

**Հսկողություն**

- Երեխաների եւ մեծերի կանխարգելիչ բուժումից հետո՝ 3 ամիս անց:
- Առաջնային սիֆիլիսի բուժումից հետո՝ 6 ամիս, եռամսյակը մեկ անգամ:
- Դրական ՇՌՅ-ով անձանց՝ սիֆիլիսի վաղ ձեւերի բուժումից հետո, մինչեւ լրիվ բացասականացումը եւ դրանից 6 ամիս հետո:
- Սիֆիլիսի ուշացած ձեւերի եւ նյարդասիֆիլիսի բուժումից հետո՝ 3 տարի (ՇՌՅ յուրաքանչյուր 6 ամիսը մեկ, յուրահատուկ շճաբանակցիաներ՝ տարին մեկ): Նյարդասիֆիլիսի բուժումից հետո՝ ՈՅ-ի քննություն յուրաքանչյուր 6 ամիսը մեկ, 3 տարի շարունակ:
- Շճակայուն անձինք հսկողության տակ են մնում ոչ պակաս, քան 3 տարի, հետազոտվելով կիսամյակը մեկ:
- Սիֆիլիսով հիվանդ մայրերից ծնված անախտանշան երեխաները հսկողության տակ են մնում 2 տարի, սահմանելով պարբերական շճաբանական հսկողություն, առնվազն կիսամյակը մեկ:
- Բնածին սիֆիլիսով հիվանդները հաշվառման մեջ են մնում 3 տարի (վաղ բնածին սիֆիլիս) կամ 5 տարի (ուշացած բնածին սիֆիլիս): Բոլոր դեպքերում, առաջին տարում հետազոտությունները կատարվում են յուրաքանչյուր կիսամյակ, իսկ այնուհետեւ՝ տարին մեկ:

**Շճակայունություն եւ հավելյալ բուժում**

- Շճակայունությունը սիֆիլիսի բուժումից մեկ եւ ավելի տարիներ անց ՇՌՅ-ի կայուն, անփոփոխ՝ տիտրի իջեցման միտման բացակայությամբ, առնվազն 4 անգամ (2 նոսրացումով) դրական արդյունքների առկայությունն է: Նման դեպքերում հավելյալ բուժման եղանակներն են՝
  - ՆԲՊ 1 մլն մ. մ/մ, օրը 6 անգամ, 20 օր
  - ՊԲՊ 1,2 մլն մ. մ/մ, օրը 1 անգամ, 20 օր
  - ՆովԲՊ 600.000 մ. մ/մ, օրը 2 անգամ, 20 օր
  - ԲԲՊ 2,4 մլն մ. մ/մ, երեք անգամ, 7 օրյա ընդմիջումներով (օր 1, 8 եւ 15)
  - Ցեֆտրիաքսոն 1,0 մ/մ օրը 1 անգամ, 10 օր

**Ապաքինման նախադրյալներ՝**

- Բավարար բուժման տրամադրում
- Կլինիկական նշանների անհետացում
- Շճաբանական ռեագինային ռեակցիաների եւ այլ լաբորատոր թեստերի կանոնավորում

**Հիվանդին գրանցումից հանելու համար պահանջներ՝**

- Հսկողության ավարտից հետո, միաժամանակ ՇՌՅ-ի բացասականացում:
- Նյարդասիֆիլիսի բուժումից հետո լիարժեք շճաբանական հետազոտում, ներառյալ ՈՅ-ի քննություն:
- Ուշացած սիֆիլիսի, նաեւ ընդերային սիֆիլիսի բուժումից հետո համապատասխան մասնագետների (թերապեւտ, նյարդաբան, ակնաբույժ) խորհրդատվությունից հետո:

# ԳՈՆՈՌԵԱՅԻ ՎԱՐՄԱՆ ՈՒՂԵՑՈՒՅՑ

## ՆԵՐԱԾՈՒԹՅՈՒՆ

Գոնոռեայի հարուցիչ *Neisseria gonorrhoeae*-ն ախտահարում է գլխավորապես միզուկի, արգանդի վզիկի, ուղիղ աղու, ըմպանի եւ շաղկապենու էպիթելային հյուսվածքը: Բարդացած դեպքերում ախտահարվում են նաեւ շագանակագեղձն ու մակամորձին, իսկ կանանց մոտ՝ Էնդոմետրիումն ու փոքր կոնքի օրգանները: Վարակը հազվադեպ կարող է տարածվել հեմատոգեն ճանապարհով՝ ախտահարելով հիմնականում մաշկն ու հոդերը:

## ԱՆՏՈՐՈՇՈՒՄ

### Կլինիկական

#### *Տղամարդկանց մոտ*

- Թարախային արտադրություն միզուկից եւ այրոցի զգացում միզելուց:
- Ուղիղ աղու վարակման դեպքում՝ հետանցքից թարախային արտադրություն կամ հարիետանցքային ցավեր:
- Սուր էպիդիդիմո-օրխիտ՝ սովորաբար 40-ից ցածր տարիքի մարդկանց մոտ:
- Ջնարավոր է անախտանշան վարակ՝ միզուկային <10%, ուղիղ աղու՝ >85%, ըմպանային՝ >90%:
- Տարածուն վարակն առաջացնում է տենդ, մաշկի պետեխիալ եւ/կամ թարախաբշտիկային ցան, ոչ սիմետրիկ հոդացավ, սեպտիկ հոդաբորբ (հատկապես ծնկան հոդերի), տենոսինովիտ: Խիստ հազվադեպ՝ մենինգիտ կամ Էնդոկարդիտ:

#### *Կանանց մոտ*

- Չեչտոցային փոփոխված արտադրություն եւ վզիկաբորբի նշաններ՝ Էնդոցերվիկալ լորձաթարախային արտադրություն, հպումային արյունահոսություն:
- Ստորորովայնային սուր ցավ:
- Ջնարավոր է անախտանշան վարակ՝ վզիկային >50%, ուղիղ աղու՝ >85%, ըմպանային՝ >90%:
- Տարածուն վարակն առաջացնում է տենդ, մաշկի պետեխիալ եւ/կամ թարախաբշտիկային ցան, ոչ սիմետրիկ հոդացավ, սեպտիկ հոդաբորբ (հատկապես ծնկան հոդերի), տենոսինովիտ: Խիստ հազվադեպ՝ մենինգիտ կամ Էնդոկարդիտ:

#### *Նորածինների մոտ*

- Շաղկապենաբորբ (կոնյուկտիվիտ)
- Հազվադեպ՝ թարախային վուլվովագինիտ

## Չեւազոտման ցուցումներ

- Միզուկային արտադրություն:
- Լորձաթարախային վզիկաբորբ:
- Սեռավարակ կամ փոքր կոնքի օրգանների բորբոքային հիվանդություն (ՓԿՕԲՀ):
- Չեչտոցային արտադրություն ՍՎ-ի բարձր վտանգի առկայությամբ (25-ից ցածր տարիք, նոր զուգընկեր):
- 40-ից ցածր տարիքի տղամարդու մոտ սուր էպիդիդիմո-օրխիտ:
- Թարախային կոնյուկտիվիտ, մասնավորապես նորածինների մոտ:

## Լաբորատոր հետազոտություն

- Ախտորոշումը հաստատվում է N. gonorrhoeae-ի հայտնաբերումով միզուկի, արգանդի վզիկի, ուղիղ աղու, ըմպանի կամ աչքի արտադրուկներից:
- Միզուկի, արգանդի վզիկի եւ ուղիղ աղու արտադրուկների մեջ արագ ախտորոշման հետազոտությունները՝ լեյկոցիտներում դիպլոկոկերի հայտնաբերում մանրադիտակով (Գրամի եղանակով/մեթիլեն կապույտով ներկում):
- Յուրաքանչյուր նմուշ հարկ է հետազոտել նաեւ գոնոռեայի նկատմամբ ցանքսի միջոցով, հատուկ սնման միջավայրում: Ցանքսը թույլ է տալիս որոշել նաեւ հակաբիոտիկների նկատմամբ զգայունությունը :

## **ՎԱՐՈՒՄ**

### **Բուժման ցուցումներ**

- Զսուքում ներբջջային դիպլոկոկերի հայտնաբերում:
- Գոնոկոկի նկատմամբ դրական ցանքս:
- Չուզընկերոջ մոտ հաստատված գոնոկոկային վարակ:

### **Բուժում**

Միզուկի, արգանդի վզիկի եւ ուղիղ աղու ախտահարման դեպքում կիրառել հետեւյալ եղանակներից մեկը (նկատի ունենալ հիվանդի հնարավորությունները)՝

- Ցեֆտրիաքսոն 250մգ մ/մ, միանվագ
- Ցիպրոֆլոքսացին 500 մգ, խմելու, միանվագ
- Օֆլոքսացին 400 մգ, խմելու, միանվագ
- Ցեֆիքսիմ 400 մգ, խմելու, միանվագ
- Ամոքսիցիլին-կլավուլանաթթու (աուգմենտին, ամոքսիկլավ) 1000 մգ խմելու, միանվագ, կամ 1,2 ն/ե
- Մոքսիֆլոքսացին 400 մգ խմելու, միանվագ

**Նշում.** Գոնոռեայով հիվանդների մոտ հաճախ հայտնաբերվում է քլամիդիային վարակ: Վերջինի հետազոտումը ցանկալի է կատարել նախքան գոնոռեայի բուժումը եւ ըստ այդմ՝ նշանակել համապատասխան բուժում (տես Զլամիդիայի վարման ուղեցույցը): Եթե հնարավոր չէ թեստավորել՝ կիրառել համախտանշային բուժում:

### **Հատուկ իրավիճակներ**

*Հղիություն/կրծքով կերակրում*

Հանձնարարվող բուժումներ՝

- Ցեֆտրիաքսոն 250 մգ մ/մ, միանվագ
- Ամոքսիցիլին-կլավուլանաթթու 1000 մգ խմելու, միանվագ

Հղի եւ կրծքով կերակրող կանանց հակացուցված են քիսոլոններն ու տետրացիկլինները:

*Ըմպանային գոնոռեա*

Հանձնարարվող բուժումներ՝

- Ցեֆտրիաքսոն 250 մգ մ/մ, միանվագ
- Ցիպրոֆլոքսացին 500 մգ խմելու, միանվագ
- Օֆլոքսացին 400 մգ խմելու, միանվագ

*Գոնոռեային մակամորձաբորբ*

Տե՛ս համապատասխան բաժինը:

*Տարածուն գոնոկոկային վարակ*

Նախնական բուժում

- Ցեֆտրիաքսոն 1,0 մ/մ կամ ն/ե, օրը 1 անգամ
- Ցեֆոտաքսիմ 1,0 ն/ե, 8 ժամը մեկ
- Ցիպրոֆլոքսացին 500 մգ ն/ե, 12 ժամը մեկ

Բուժումը պետք է շարունակվի 7 օր, սակայն կարելի է փոխել ախտանշանների վերացումից 24-48 ժամ անց հետեւյալ դեղամիջոցներից մեկով՝

- Ցիպրոֆլոքսացին 500 մգ խմելու, օրը 2 անգամ
- Օֆլոքսացին 400 մգ խմելու, օրը 2 անգամ
- Ցեֆիքսիմ 400 մգ խմելու, օրը 2 անգամ

#### *Նորածինների գոնորեոնոզա*

- Ցեֆտրիաքսոն 25-50 մգ/կգ ն/ե կամ մ/մ միանվագ՝ չգերազանցելով 125 մգ
- Ցեֆոտաքսիմ 100մգ/կգ մ/մ, միանվագ

Բուժումը զուգորդել հականեխիչ միջոցների տեղային կիրառմամբ:

**Նշում.** կանխարգելման համար բոլոր նորածինների աչքերին կաթեցնել 1-2 կաթիլ 30% նատրիումի սուլֆացիլի (ալբուցիդի) լուծույթ (մշակել նաեւ աղջիկների սեռական ճեղքը):

#### **ՉՈՒԳՆԿԵՐՆԵՐԻ ՎԱՐՈՒՄ**

Գոնոռեայով հիվանդների բոլոր սեռական զուգընկերները (վերջին 3 ամսում) պետք է ստանան վերոնշյալ բուժման եղանակներից որեւէ մեկը:

#### **ՀՍԿՈՂՈՒԹՅՈՒՆ ԵՒ ԲՈՒԺՄԱՆ ԶԱՓԱՆԻՇ**

Առնվազն մեկ հսկողություն է անհրաժեշտ հաստատելու համար՝

- բուժման ճիշտ կատարումը,
- ախտանշանների վերացումը,
- զուգընկերոջ տեղեկացումը:

Բուժման չափանիշերի ստուգման ցուցումներ՝

- մշտակայուն ախտանշաններ,
- տրված բուժման նկատմամբ գոնոկոկերի հնարավոր կայունություն,
- բուժումը ոչ ճիշտ կատարելը:

Հանձնարարվում է բուժումն ավարտելուց 3 ամիս անց կատարել կրկնակի հետազոտում: Պետք է հետազոտել նաեւ սիֆիլիսի նկատմամբ, քանի որ կիրառվող հակաբիոտիկներն ունեն որոշակի տրեպոնեմացիդ ազդեցություն եւ համավարակի դեպքում (գոնոռեա եւ սիֆիլիս) կարող են երկարացնել սիֆիլիսի գաղտնի շրջանը:

## ՔԼԱՄԻԴԻՈՉԻ ՎԱՐՄԱՆ ՈՒՂԵՑՈՒՅՑ

### ՉԱՓԱՅԱՍՆԵՐԻ ՄԻՉԱՍԵՌՈՎԱԿԱՆ ՎԱՐԱԿՆԵՐ

Chlamydia trachomatis-ով (D-ից K սերոտիպեր) հարուցված միզասեռական վարակը ամենահաճախ հանդիպող սեռավարակներից է: Հիվանդության անախտանշան ընթացքն առավել հատուկ է կանանց (մինչև 80%) եւ, հաճախ մնալով չհայտնաբերված, առաջ է բերում գուլգընկերների վարակում եւ բարդություններ, որոնցից է նաեւ չբերությունը (25-30%):

### Կլինիկական ախտորոշում

Ախտանշանները շաղկապված են վզիկաբորբի, միզուկաբորբի եւ դրանց բարդությունների հետ:

#### Կանայք

Միզասեռական վարակը ախտանշաններով է դեպքերի գրեթե 30%-ի մոտ.

- լորձաթարախային վզիկաբորբ,
- հեշտոցային թարախային արտադրություն,
- ստորորովայնային ցավ,
- պոստկոիտալ կամ միջդաշտանային արյունահոսում,
- դիզուրիա,
- ԿԲՀ նշաններ կամ քրոնիկ կոնքային ցավ:

#### Տղամարդիկ

Միզասեռական վարակը ախտանշաններով է դեպքերի գրեթե 65%-ի մոտ.

- միզուկային արտադրություն,
- դիզուրիա,
- մակամորձաբորբի եւ շագանակագեղձի բորբոքման (պրոստատիտ) ախտանշաններ:

#### Երկուսի մոտ

Տղամարդու եւ կնոջ մոտ հնարավոր ախտանշաններն են՝

- անոռեկտալ արտադրություն (անալ հարաբերության դեպքում) եւ դիսկոմֆորտ,
- կոնյուկտիվիտ,
- հողացավ:

### Լաբորատոր ախտորոշում

#### *Իմունաֆերմենտային անալիզ (ԻՖԱ)*

- Չգայունության սահմանները՝ 20-85%, ըստ թեստի տեսակի:
- Առավելություններ. տարբեր քանակով նմուշների թեստավորման համար պրակտիկ, արագ, ավտոմատացված, մատչելի:
- Թերություններ. բարձր յուրահատկությունը միշտ չէ ապահովված, պահանջում է նմուշի հավաքման հմտություն եւ ճշգրտություն (վզիկից, միզուկից):

#### *Նուկլեաթթուների ամպլիֆիկացում (ՆԹԱ)*

- Չգայունության սահմանները՝ 70-95%:
- Առավելություններ. բարձր յուրահատկություն (97-99%), մեծ թվով նմուշների թեստավորման համար պրակտիկ է:
- Թերություններ. թանկ եւ բարդ եղանակ է, պահանջում է մասնագիտացված լաբորատորիա:

#### *Ֆլուորեսցենտ հակամարմինների ուղիղ փորձ (DFA)*

- Չգայունության սահմանները՝ 50-90%, ըստ լաբորատորիայի

մասնագիտացման, հմտության եւ նմուշում տարրական մարմնիկների քանակի:

- Առավելություններ. հարմար է եւ՝ ինվազիվ, եւ՝ ոչ ինվազիվ եղանակների դեպքում (օր.՝ մեզ):
- Թերություններ. մեծ թվով նմուշների համար կիրառելի չէ, ժամանակատար է:

### **Հետազոտման ցուցումներ**

- Միզասեռական վարակի ախտանշաններ
- Կոնյուկտիվիտ
- ԿԲՀ
- Հոդաբորբ երիտասարդների մոտ
- Զրոնիկ կոնքացավ
- Փողային չբերություն
- Էպիդիդիմո-օրխիտ
- Ռիսկային վարքագիծ
- Հղիություն
- Բժշկական միջամտությունից առաջ (հղիության ընդհատում, ներարգանդային պարուլյոի տեղադրում, արհեստական բեղմնավորում)

### **Բուժման ցուցումներ**

- Զլամփոփայով պայմանավորված վարակ:
- Չուզընկերոջ մոտ քլամփոփոզի առկայություն (տե՛ս Չուզընկերների վարումը),
- Գոնոռեայով հիվանդ անձանց՝ եթե հնարավոր չէ կատարել քլամփոփայի հետազոտություն (տես՝ միզուկաբորբերի համախտանշային վարում):
- Զլամփոփոզի ախտանշաններով հիվանդին, երբ հնարավոր չէ կատարել քլամփոփայի նկատմամբ հետազոտում (տես՝ Միզուկաբորբերի համախտանշային վարում):

### **Հատուն մարդկանց, պատանիների եւ 45կգ-ից ավելի երեխաների բուժումը**

#### *Հանձնարարվող եղանակներ*

- Ազիթրոմիցին 1000 մգ խմելու, միանվագ
- Դոքսիցիլին 100 մգ խմելու, օրը 2 անգամ, 7 օր
- Էրիթրոմիցին 500 մգ խմելու, օրը 4 անգամ, 7 օր
- Օֆլոքսացին 200 մգ խմելու, օրը 2 անգամ, 7 օր
- Ռոքսիթրոմիցին 150 մգ խմելու, օրը 2 անգամ, 7 օր
- Մոքսիֆլոքսացին 400 մգ խմելու, օրը 1 անգամ, 7 օր
- Ցիպրոֆլոքսացին 500 մգ խմելու, օրը 2 անգամ, 7 օր
- Ամոքսիցիլին-կլավուլանատ 1000 մգ խմելու, օրը 1 անգամ, 7 օր
- Զլարիթրոմիցին 250 մգ խմելու, օրը 2 անգամ, 7 օր

### **Հղի կանանց բուժումը**

#### *Հանձնարարվող եղանակներ՝*

- Էրիթրոմիցին 500 մգ խմելու, օրը 4 անգամ, 7 օր
- Ամոքսիցիլին-կլավուլանատ 1000 մգ խմելու, օրը 1 անգամ, 7 օր
- Ժոզամիցին 750 մգ խմելու, օրը 2 անգամ, 7 օր
- Էրիթրոմիցինի հիմք 250 մգ խմելու օրը 4 անգամ, 14 օր
- Էրիթրոմիցին Էթիլսուկցինատ 800 մգ խմելու, օրը 4 անգամ, 7 օր
- Էրիթրոմիցին Էթիլսուկցինատ 400 մգ խմելու, օրը 4 անգամ, 14 օր
- Ազիթրոմիցին 1000 մգ խմելու, միանվագ

### **Ընդհանուր նկատառումներ**

- Վարակված անձանց բուժումը կանխում է հետագա բարդությունները, ինչպես նաև փոխանցումը զուգընկերներին, իսկ հղիության դեպքում՝ նորածնին:
- Նշանակել բուժման դյուրին եւ կիրառելի սխեմա:
- Զլամփոփոզով հիվանդ անձանց միաժամանակ հետազոտել այլ ՍԿ-ների նկատմամբ:

### **Հատուկ նկատառումներ**

- Սեռական ժուժկալություն մինչեւ բուժման ավարտը.
- Բուժմանը հարմարվելը կախված է այն տեղեկատվությունից, որը տրվում է քլամփոփոզով վարակման ուղիների, հետեւանքների, զուգընկերոջ համար կարելոթության, ախտորոշման, բուժման սխեմաների եւ կողմնակի ազդեցությունների մասին:

#### Հատուկ նկատառումներ հղի կանանց համար

- Տետրացիկլինային եւ քինոլոնների խմբի հակաբիոտիկները հակացուցված են:
- Ազիթրոմիցինի անվտանգությունը վերջնականապես պարզված չէ:
- Բուժումից 3 շաբաթ անց հիվանդին կրկին հետազոտել, քանի որ բուժման եղանակները ոչ բոլոր հիվանդների մոտ են ապահովում լիարժեք արդյունավետություն:

#### Հատուկ նկատառումներ ՄԻԱՎ վարակակիր անձանց համար

ՄԻԱՎ վարակակիր եւ քլամփոփային վարակով անձինք պետք է ստանան նույն բուժումը, ինչ առանց ՄԻԱՎ-ի հիվանդները:

### **Զուգընկերների վարումը**

- Հիվանդի բոլոր սեռական զուգընկերներին նշանակել բուժում (եթե հնարավոր չէ նրանց հետազոտել):

### **Հսկողություն**

Դոքսիցիկլինով կամ ազիթրոմիցինով բուժումից հետո կարիք չկա սահմանել հսկողություն, սակայն դա կարող է օգտակար լինել կանխարգելիչ եւ հետազոտական աշխատանքների համար:

- Ցուցումներն են՝
  - ապաքինման վերաբերյալ հիվանդի կասկածամտությունը.
  - ախտանշանների կայունությունը.
  - հիվանդի կողմից բուժումը ճիշտ կատարելու նկատմամբ կասկած.
  - վերավարակման հնարավորությունը.
  - Էրիթրոմիցինով բուժումից հետո (բուժման ձախողման հնարավորություն):
- Ռեժիմ. ԻՖԱ՝ բուժման ավարտից 2 շաբաթ անց, ՆԹԱ՝ բուժման ավարտից 3-4 շաբաթ անց:

### **ՔԼԱՄԻԴԻԱՅԻՆ ՎԱՐԱԿ ՆՈՐԱԾԻՆՆԵՐԻ ՄՈՏ**

Նորածիններին քլամփոփային վարակը փոխանցվում է ծննդաբերության ժամանակ՝ ծնուղիներով անցնելիս: Զլամփոփոզով հիվանդ մորից ծնված երեխան ունի վարակման չափազանց բարձր վտանգ: Նորածինների մոտ նաև կարող է առաջանալ օրոֆարինքսի, սեռական ուղիների եւ հետանցքի անախտանշան վարակ: Հետեւաբար՝ վարակված մորից բնական ճանապարհով ծնված երեխան պետք է բուժման ենթարկվի: Հղի կանանց նախածնական դիտարկումը կկանխի նորածինների քլամփոփային վարակի փոխանցումը:

### **Կլինիկական ախտորոշում**

- Չարժևնդական նախնական քլամիդիային վարակը նորածինների մոտ ընդգրկում է աչքի, օրոֆարինքսի, միզասեռական ուղու եւ ռեկտումի լորձաթաղանթները.
- Քլամիդիային վարակը զարգանում է հաճախ կոնյուկտիվիտի նշաններով, որոնք հայտնվում են ծնվելուց 5-12 օր հետո.
- Քլամիդիան նաեւ պատճառ է եւթասուր աֆթերիլ թոքաբորբի, որն սկսվում է 1-3 ասական հասակում: Բնորոշ նշաններն են կրկնվող ստակատո հազը՝ հաճախաշնչության հետ, խորացված ներշնչումը եւ երկկողմանի սփռուն ինֆիլտրատները ռենտգեն նկարում:

### **Լաբորատոր ախտորոշում**

- Թոքաբորբի դեպքում. նմուշները պետք է հավաքվեն քիթմպանից քլամիդիային հետազոտության համար.
- Քլամիդիային թոքաբորբի ախտորոշման վերջնական ստանդարտը մնում է հյուսվածքային ցանքսը. շնչափողի ասպիրատները եւ թոքային բիոպսիային նմուշներն ըստ հնարավորին պետք է ստուգվեն.
- Քլամիդիային հակամարմնի հայտնաբերելը միկրոիմունոֆլուորեսցենս հետազոտությամբ օգտակար է նորածինների մոտ քլամիդիային թոքաբորբի ախտորոշման համար, սակայն լայնորեն ընդունված չէ: IgM հակամարմնի 1:32 տիտրը հուշում է քլամիդիային թոքաբորբի մասին:

### **Չետազոտման ցուցումներ**

- Կոնյուկտիվիտի կլինիկական ախտանշաններ,
- Թոքաբորբի կլինիկական ախտանշաններ:

### **Բուժում**

#### Թոքաբորբի եւ կոնյուկտիվիտի բուժման եղանակ

- Էրիթրոմիցինի 50 մգ/կգ/օր բախշած օրը 4 դեղաչափերի, խմելու, 10-14 օր,
- Տեղային հակաբիոտիկային բուժումն առանձին քլամիդիային վարակի բուժման համար անհրաժեշտ չէ, երբ համակարգային բուժում է տրամադրվում:

#### Յսկողություն

- Բուժման ազդեցությունը որոշելու համար նորածինների մոտ հսկողությունը հանձնարարելի է: Էրիթրոմիցինով բուժման արդյունավետությունը մոտ 80% է: Բուժման 2-րդ կուրս կարող է պահանջվել: Չուզահեռ քլամիդիային թոքաբորբի հավանականությունը հնարավոր է:

#### Ընդհանուր նկատառումներ

- Ակնային արտադրուկները միաժամանակ պետք է հետազոտել գոնոկոկերի համար.
- Քլամիդիային վարակի ախտորոշումը հաստատում է քլամիդիայի նկատմամբ բուժման կարիքը ոչ միայն նորածնի, այլեւ մոր եւ նրա զուգընկերոջ (զուգընկերների) համար :
- Նորածինների բուժման հարցում պարտադիր է ներառել մանկաբույժների խորհրդատվությունը:

### **Ակնային վարակի կանխարգելում**

- Նորածինների մոտ ակնային վարակի կանխարգելումը արժաթի նիտրատի լուծույթով կամ հակաբիոտիկային քսուքներով արդյունավետ չէ, սակայն պարտադիր է բլենոռեան կանխելու համար:



## **ԵՐԵՒԱՆԵՐԻ ՄՈՏ ԶԼԱՄԻՂԻԱՅԻՆ ՎԱՐԱԿ**

Ոչ սեռահասուն երեխայի մոտ քլամիդիային վարակի հնարավոր պատճառ պետք է համարել սեռական բռնությունը: Հարձնակականորեն (պերինատալ) փոխանցված քիթըմպանի, միզասեռական ուղու եւ ուղիղ աղու քլամիդիային վարակը կարող է տեսել 1 տարուց ավելի:

### **Բուժում**

#### Հանձնարարվող եղանակ

- 45 կգ-ից ցածր երեխաներ՝ Էրիթրոմիցինի 50 մգ/կգ/օր բախշած օրը 4 դեղաչափերի, խմելու, 10-14 օր
- 45 կգ-ից բարձր երեխաներ՝ կիրառել ազիթրոմիցինով բուժման եղանակը, ինչ որ մեծահասակ հիվանդների դեպքում :

#### Հսկողություն

- Էրիթրոմիցինով բուժման արդյունավետությունը մոտ 80% է. Հնարավոր է բուժման 2-րդ կուրսի պահանջ:

# ՄԻԱՎ վարակի հետազոտման ուղեցույց

## ՆԵՐԱԾՈՒԹՅՈՒՆ

Մարդու իմունային անբավարարության վիրուսի (ՄԻԱՎ) նկատմամբ հետազոտումը առաջին անգամ ներկայացվել է 1985 թվականին որպես մի միջոց, որով արյան մեջ ստուգվում է HTLV-3-ի՝ հետագայում ՄԻԱՎ-ի առկայությունը: ՄԻԱՎ-ի թեստը սահմանվում է որպես անձի շիճուկի ստուգման գործողություն՝ ՄԻԱՎ-ի նկատմամբ հակամարմինների հայտնաբերման համար (կամ ՄԻԱՎ հակածին/ՄԻԱՎ-ՈՒՆԹ): այն առաջարկում է բուժաշխատողը, կատարվում է անձի ցանկությամբ, իրականացվում է հատուկ հետազոտությունների շրջանակներում, ինչպես նաև ՄԻԱՎ/ՁԻԱՅ-ի մասին օրենքով նախատեսված դեպքերում:

ՄԻԱՎ հետազոտման կարելի է հանգամանքն է գաղտնիությունը եւ խորհրդատվությունը:

Գոյություն ունի վարակի երկու տեսակ՝ ՄԻԱՎ 1 եւ ՄԻԱՎ 2, որը ցույց է տալիս 40-60% ամինաթթվի հոմոլոգիա: ՄԻԱՎ 1-ը բաժանվում է երկու խմբի՝ M եւ O, M խումբն էլ իր հերթին բաժանվում է A-ից մինչեւ I ենթախմբերի:

## Թեստի առաջնային նպատակներն են՝

- Հայտնաբերել ՄԻԱՎ-ով վարակված անձանց:
- Այլ անձանց վարակելու վտանգը կանխելու համար՝ ՄԻԱՎ վարակման բարձր ռիսկի ՄԻԱՎ-բացասական, ինչպես նաև ՄԻԱՎ-դրական անձանց տրամադրել նախա- եւ ետթեստային խորհրդատվություն:
- ՄԻԱՎ-դրական անձանց զուգընկերներին խորհրդատվության հետ մեկտեղ հետազոտել ՄԻԱՎ/ՍՎ-ների նկատմամբ:

## ՄԻԱՎ ՀԵՏԱԶՈՏՄԱՆ ՑՈՒՑՈՒՄՆԵՐ

- ՄԻԱՎ վարակի ախտանշաններ ունեցող անձինք: ՄԻԱՎ վարակի մասին կարող են վկայել տենդը, ավշային հանգույցների մեծացումը (լիմֆադենոպաթիա), մաշկի բծային ցանրը, լորձաթաղանթների խոցոտումը, լուծը, մկանացավերը եւ հոդացավերը:
- ՍՎ/ՄԻԱՎ-ի բարձր ռիսկի խմբի անձինք: ՄԻԱՎ վարակակիրների մեծ մասը անախտանշան է:

ՄԻԱՎ-ի ընթացքը եւ ախտանշանները, մինչեւ ախտանշանների ի հայտ գալն ընկած ժամանակահատվածում եւ հետո, կախված են հիվանդի բնութագրից (տարիք, սեռ, իմուն վիճակ, վարակի փոխանցումից հետո անցած ժամանակահատված, փոխանցման եղանակ եւ այլն) եւ վիրուսի տեսակից (վիրուսի շտամից, սինցիտիում առաջացնելու հատկությունից, հիվանդի վիրուսային ծանրաբեռնվածությունից եւ, CD4 լիմֆոցիտների մակարդակից, հակավիրուսային բուժումից, եւ այլն): **Ախտանշանների մանրակրկիտ նկարագրությունը սույն ուղեցույցի շրջանակներից դուրս է:**

## ՄԻԱՎ-ի կամավոր թեստավորում

Եթե տվյալ անձը ունի ՄԻԱՎ-ով վարակման կասկած, հետազոտումը կատարվում է նրա իսկ ցանկությամբ կամ բուժաշխատողի առաջարկությամբ՝ խորհրդատվության ընթացքում:

ՄԻԱՎ-ի թեստն առաջարկվում է.

- մեկից ավելի սեռական զուգընկերներ ունեցողներին.
- սեռավարակներով հիվանդներին,
- ՍՎ-ի անսովոր ընթացքի դեպքում (օր.՝ քրոնիկ խոցային սեռական հերպես, չարորակ ընթացքով սիֆիլիս, համառ ընթացքով տարածուն կանդիդոզ եւ այլն):

- մեկ այլ ՍՎ բուժման անբավարար արդյունքի դեպքում.
- ն/ե թմրանյութեր օգտագործողներին.
- վերոհիշյալ անձանց սեռական զուգընկերներին.
- ՄԻԱՎ/ՁԻԱՅ-ի բարձր տարածվածությամբ երկրներից եկած անձանց եւ նրանց սեռական զուգընկերներին.
- բուժաշխատողներին եւ այն անձանց, ովքեր հաճախակի շփվում են օրգանիզմի հեղուկ/արտադրուկների հետ (արյուն, տեսանելի արյուն պարունակող ցանկացած հեղուկ, սերմ, հեշտոցային արտադրություն) բժշկական գործողությունների, միջամտությունների ընթացքում կամ վնասվածքների հետեւանքով.
- բռնաբարության զոհերին.
- վիրուսակրի հետ սեռական հարաբերություն ունեցած անձանց.
- արյան փոխներարկում (ներառյալ դոնորական արյուն) կամ արյան փոխարինիչներ ստացած անձանց.
- հղի կանանց, մասնավորապես նրանց, ովքեր ունեն ռիսկի վերոհիշյալ գործոններից որեւէ մեկը:

### **ԴԻՏԱՐԿԻՉ ՀԵՏԱԶՈՏՈՒՄ (ՍՔՐԻՆԻՆԳ)**

Հետազոտումը կատարվում է անախտանշան վարակակիրների հայտնաբերման համար:

Ընդհանուր առմամբ, ՄԻԱՎ-ի կանխարգելիչ հետազոտումը ՄԻԱՎ-ի առկայության ստուգման շիճուկային եղանակ է հետեւյալ խմբերի համար.

- արյան, օրգանների, սերմի, կրծքի կաթի եւ մարդու ցանկացած այլ կենսաբանական նյութերի բոլոր դոնորները.
- կանանց կոնսուլտացիաներում հաշվառման կանգնած բոլոր հղի կանայք.
- ազգաբնակչության այլ թիրախային խմբերը (մարմնավաճառներ, թափառականներ, գաղթականներ, անօթեւաններ, թմրամուլներ, գինեմուլներ եւ այլն):

ՄԻԱՎ-ի դրական թեստի արդյունքի մասին նախքան հիվանդին հայտնելը հարկ է հաստատել այն լրացուցիչ հետազոտություններով:

### **ԼԱԲՈՐԱՏՈՐ ՀԵՏԱԶՈՏՈՒԹՅՈՒՆ**

ՄԻԱՎ-ը կարելի է հաստատել հակամարմինների կամ վիրուսային հակածինների հայտնաբերումով, նուկլեինաթթվի վրա հիմնված թեստերի միջոցով:

### **ՄԻԱՎ հակամարմինների թեստ**

- **ԻՖԱ (իմունաֆերմենտային անալիզ, անգլ.՝ ELISA).** Շիճուկում ՄԻԱՎ IgG հակամարմինների հայտնաբերման ամենատարածված ձեւը ԻՖԱ թեստն է: Հիվանդի ՄԻԱՎ-ի նկատմամբ հակամարմինները միանում են ՄԻԱՎ-ի հակածնի հետ ֆերմենտի առկայության դեպքում, որն անգույն սուբստրատը վերածում է գունավորի, սա էլ իր հերթին ստուգվում է սպեկտրոմետրիկ եղանակով: Թեստը բավականին մատչելի է եւ էժան: Վիրուսային եւ/կամ այլ տեսակի հակածիններով թեստի դրական արդյունքի մասին հիվանդին տեղյակ պահելուց առաջ, խորհուրդ է տրվում երկրորդ թեստի միջոցով հաստատել կամ ժխտել առաջինի պատասխանը՝ օգտագործելով վիրուսային հակածիններ կամ այլ թեստ համակարգեր:
- **Իմունաբլոթ (Վեստերն-Բլոթ).** այս թեստը նախատեսված է հակա-ՄԻԱՎ 1 հակամարմինները հայտնաբերելու համար: Այն հնարավորություն է տալիս որոշել հակածինը էլեկտրոֆորեզի միջոցով: Չնայած իմունաբլոթի դրական լինելու չափանիշները հակասական են, թեստը լայնորեն օգտագործվում է դրական ԻՖԱ-ի հաստատման համար: ԻՖԱ դրական նմուշի եւ իմունաբլոթի

համատեղ իրականացման դեպքում հետազոտության զգայունությունը եւ յուրահատկությունը գերազանցում են 99.9%-ը:

### **ՊՇՌ (պոլիմերազային շղթայական ռեակցիա, անգլ.՝ PCR)**

- Այս մեթոդը յուրահատուկ եղանակ է, որը պահանջում է մանրակրկիտ եւ բժախնդիր աշխատանք: Լինելով թանկ, կիրառվում է ոչ հաճախ: ՊՇՌ-ն կարող է բազմապատկել ԴՆԹ կամ ՌՆԹ փոքր քանակները (սույնիսկ ՄԻԱՎ-ի մեկ պատճենը 100.000 բջջի մեջ) մի շարք երկակի բազմապատկվող (ռեպլիկատիվ) ցիկլերի միջոցով:
- Վիրուսի առկայության քանակական որոշումը ՊՇՌ-ի միջոցով դարձել է հակառետրովիրուսային բուժման փուլավորման եւ վերահսկման ստանդարտ եղանակներից մեկը: Այն ախտորոշում է նաեւ առաջնային ՄԻԱՎ-ը, չնայած տվյալ դեպքում հարկ է որոշակի զգուշություն ցուցաբերել ստացված արդյունքները մեկնաբանելիս:

### **Ճշգրտություն**

- Ժամանակակից եւ առավել զգայուն սոր թեստերը կրճատում են «պատուհանի» ժամանակահատվածի շրջանը՝ հասցնելով 3-4 շաբաթի: ՄԻԱՎ-ի շճաբանական հետազոտության ճշգրտությունը եւս բավական բարձր է, եւ արդյունքները կարող են մեկնաբանվել որպես դրական, բացասական կամ կասկածելի: Թեստը դրական է համարվում ԻՖԱ կրկնակի դրական արդյունքի դեպքում, որը հաստատվում է նաեւ իմունաբլոթով: ԻՖԱ-ի դրական պատասխանը, որը հաստատված է իմունաբլոթի միայն մեկ սպիտակուցի (հաճախ p-24) հանդեպ հակամարմնի հայտնաբերումով, խոսում է կասկածելի պատասխանի մասին: Վերջինիս պատճառ կարող են հանդիսանալ սերոկոնվերսիան եւ խաչաձեւ փոխազդող ալլոհակամարմինների եւ աուտոհակամարմինների առկայությունը:
- Ցածր ռիսկի խմբի անձինք որոնց հետազոտման պատասխանը ստացվել է կասկածելի, գրեթե երբեք չեն հանդիսանում ՄԻԱՎ-1 կամ ՄԻԱՎ-2 (որը գերազանցապես հանդիպում է Արեւմտյան Աֆրիկայի երկրներում) վարակակիր, սակայն անորոշ արդյունքներից 3-12 շաբաթ անց հարկ է մեկ անգամ եւս կրկնել թեստը:

### **Գաղտնի («պատուհանի») շրջան**

- ՄԻԱՎ-ով վարակումից մինչեւ սերոկոնվերսիան ընկած ժամանակահատվածը է, որը տեւում է մինչեւ 3 ամիս (տես վերը): Հազվադեպ կարող է ավելի երկար տեւել:

### **ՄԻԱՎ-ի թեստավորման կեղծ դրական արդյունք**

- Հիվանդանոցում կամ լաբորատորիայում անփութությունը (օր.՝ նմուշների պիտակավորման կամ ձեւերի լրացման սխալներ եւ այլն) կարող է պատճառ լինել ՄԻԱՎ-ի թեստավորում անցած անձին ոչ ճիշտ պատասխան տալուն: Հետեւաբար, թեստավորման դրական պատասխանի դեպքում խուրհուրդ է տրվում հետազոտել արյան եւս մեկ նմուշ՝ կիրառելով հակամարմնի հայտնաբերման նույն մեթոդը:
- ՄԻԱՎ-ի կեղծ դրական արդյունքի պատճառ է նաեւ պատվաստումը:

### **ՄԻԱՎ-ի թեստավորման վարում**

Բոլոր թեստերը պետք է կատարվեն կամավոր հիմունքներով եւ հնարավորություն պետք է ընձեռվի գաղտնի թեստավորման համար (տես թեստավորման լրացուցիչ պայմանները): ՄԻԱՎ-ի թեստի ցանկացած ընթացակարգ պետք է կատարվի հետեւյալ սկզբունքներով.

- Գաղտնիություն
- Համաձայնություն
- Նախա- եւ հետթեստային խորհրդատվություն:

### **Գաղտնիություն**

Գաղտնիությունը անհրաժեշտ գրավական է ՄԻԱՎ-ի հետազոտման հարցում: Եթե այցելուն հրաժարվում է անձնական տվյալների հաղորդումից, ապա պետք է առաջարկել անանուն հետազոտում:

### **Համաձայնություն**

- Կարելի է նախապայման է այցելուի համաձայնությունը:
- Համաձայնությունը ձեռք է բերվում նախքան թեստավորումը, որի արդյունքները կարող են վճռական հետեւանքներ ունենալ խտրականության առումով՝ անձնական փոխհարաբերություններում, ապահովագրային, առողջապահական, աշխատանքի տեղավորման հարցերում եւ այլն: Հիվանդը պետք է այս մասին հանգամանորեն իրազեկվի:
- Երբ ցուցված է ՄԻԱՎ-ի թեստավորումը, իսկ այցելուն/հիվանդը չի համաձայնվում, ապա բժիշկը պարտավոր է բացատրել իրավիճակը, հիմնավորելով, որ դա բխում է նրա իսկ շահերից:
- Բացառություն են կազմում այն դեպքերը, երբ այս կամ այն պատճառով հնարավորություն չկա համաձայնություն ձեռք բերել (հիվանդի անգիտակից վիճակ):

### **Նախաթեստային խորհրդատվություն**

Այցելուի թեստավորման եւ նրա կողմից թեստի արդյունքների ճիշտ գնահատման համար մեծ նշանակություն ունի նախա- եւ հետթեստային լիարժեք եւ հանգմանալի խորհրդատվությունը: Խորհրդատվության ընթացքում այցելուին պետք է իրազեկել բոլոր ՍՎ-ների՝ ներառյալ ՄԻԱՎ վարակի կանխարգելման մասին:

#### *Նախաթեստային խորհրդատվության բաղադրիչներ*

- Համաձայնության ձեռքբերում: Քննարկել գաղտնիության սահմանները: Քննարկել անանուն թեստավորման տարբերակը:
- Վերհուշի հավաքում (ներառյալ մանրամասն տեղեկություններ սեռական եւ վտանգավոր վարքագծի վերաբերյալ), պարզելով այն պատճառները, որոնք այցելուին դրդել են ՄԻԱՎ-ի թեստավորման դիմելու:
- Թեստավորման դրական, անորոշ եւ բացասական արդյունքների քննարկում:
- Համոզվածություն, որ այցելուն հասկացել է ՍՎ/ՄԻԱՎ-ի փոխանցման ուղիները, ինչպես նաեւ ըմբռնել է անվտանգ սեքսի կանոնները:
- Պահպանակների օգտագործման եղանակների բացատրություն (կիրառելով գործնական ցուցադրումներ երկու սեռերի համար):
- Անհրաժեշտության դեպքում քննարկել վտանգի նվազեցումը կամ այլ մասնագետների մոտ այցելուին ուղեգրելու մասին անհրաժեշտությունը:
- Թեստավորման արդյունքի մասին տեղեկացումը պետք է լինի հստակ:
- Հիմնվելով այցելուի մասին ունեցած տեղեկությունների վրա, ըմբռնելով նրա հոգեբանությունը, ձեւակերպել իրատեսական, տվյալ անձին հոգեհարազատ մոտեցում՝ վարքագծի փոփոխման ակնկալիքով:

### **Հետթեստային խորհրդատվություն**

ՄԻԱՎ-ի թեստավորման արդյունքները մեծ մասամբ բացասական են լինում: Սակայն արդյունքները հայտնելիս պետք է այցելուի ուշադրությունը սեւեռել այն հարցերի վրա, որոնք արդեն քննարկվել էին նախաթեստային խորհրդատվության

ժամանակ, հատկապես ՍՎ-ների կանխարգելման վերաբերյալ, քանի որ ՄԻԱՎ-ի տարածման գլխավոր պատճառը այս կամ այն ՍՎ առկայությունն է:

*Հետթեստային խորհրդատվության բաղադրիչներ*

Երբ արդյունքը բացասական է.

- Գաղտնի («պատուհանի») շրջանի քննարկում: Ռիսկային վարքագծով այցելուներին, որոնք վերջին 3 ամսում ունեցել են պատահական սեռական կապ, առաջարկել կրկին թեստավորում ՍՎ/ՄԻԱՎ-ի նկատմամբ:
- Շարունակել ռիսկային վարքագծի քննարկումը՝ համոզելով չխուսափել անվտանգ սեքսի կիրառումից:
- Հետթեստային խորհրդատվությունը հնարավորություն է ընձեռում վտանգավոր վարքագիծ ունեցող անձանց ուղեգրել ՍՎ/ՄԻԱՎ-ի կանխարգելման, սեռական առողջության, ընտանիքի պլանավորման, առողջ ապրելակերպի կազմակերպման ծառայություններ եւ այլն:

Երբ արդյունքն անորոշ է

- Քննարկել դրա տարբերակները:
- Վարքագծային բարձր ռիսկ ունեցող անձանց հետ քննարկել սուր ՄԻԱՎ-ի հնարավորությունը եւ ՄԻԱՎ-ի արագ ախտորոշման համար, հատկապես հղի կանանց դեպքում, կրկնել թեստը՝ ՄԻԱՎ-ՌՆԹ ՊՇՌ կիրառման միջոցով:
- Առաջարկել առավել հետեւողականորեն կիրառել անվտանգ սեքսի կանոնները, իսկ ն/ե թմրանյութերի օգտագործման դեպքում՝ բացառել անձանց միջեւ ներարկիչների փոխանակումը:

Երբ արդյունքը դրական է

ՄԻԱՎ-ի դրական արդյունքի մասին տեղեկանալիս, հիվանդները մեծ մասամբ հուսալքվում են: Մտածում են կյանքի տեւողության կրճատման, այդ «անպատիվ», խարանդ հիվանդության հանդեպ մարդկանց արձագանքի մասին, միաժամանակ որդեգրելով ֆիզիկական եւ հուզական վիճակը թաքցնելու հատուկ կեցվածք: Ցուցաբերել աջակցություն կամ ուղեգրել համապատասխան այլ հաստատություն՝ ՍՎ/ՄԻԱՎ-ի կանխարգելման, սեռական առողջության, ընտանիքի պլանավորման, առողջ ապրելակերպի կազմակերպման ծառայություններ եւ այլն:

Անհրաժեշտ է կատարել հետեւյալ քայլերը.

- Ռիզակիրորեն տեղեկացնել այցելուին ՄԻԱՎ-ի դրական պատասխանի մասին: Սպասել նրա արձագանքին: Կարեկցել նրան:
- Վերստին հետազոտել՝ արդյունքի հաստատման համար:
- Համոզվել, որ այցելուն հասկացել է դրական պատասխանի էությունը:
- Հարցնել, թե ու՞մ է ուզում հայտնել այդ մասին եւ երբ (օր.՝ սեռական զուգընկերոջը, ընկերներին, ընտանիքին):
- Բացատրել հետագա ընթացքը: Տեղեկանալ՝ արդյո՞ք այժմ նա ցանկանում է խոսել այդ մասին, թե ոչ:
- Կրկնակի այց նշանակել՝ ցանկալի է հաջորդ օրը:

Նույնիսկ դրական արդյունքի ակնկալման դեպքում էլ այցելուն կունենա հուզական ուժգին պոռթկում: Ուստի խելամիտ կլինի հետաձգել տեղեկատվության տրամադրումը հաջորդ այցերի ժամանակ՝

- Տեղեկացնել բուժման տարբերակների մասին, քննարկել հիվանդության ընթացքը հակառետրովիրուսային դեղորայքով բարեփոխելու մասին.
- Գնահատել հոգեբանական աջակցության անհրաժեշտությունը եւ կապը այլ ծառայությունների հետ (օրինակ՝ թմրանյութերից կախվածության դեպքում անհրաժեշտ է անհապաղ ուղեգրել համապատասխան մասնագետի).

- Բացատրել, թե ինչպես խուսափել այլ անձանց ՄԻԱՎ-ով վարակելուց: Քննարկել անվտանգ սեռական հարաբերությունները, պահպանակների օգտագործումը, ներարկիչների փոխանակման անթույլատրելիությունը եւ այլն:
- Քննարկել սեռական զուգընկերոջը տեղյակ պահելու անհրաժեշտությունը:

Ինչ վերաբերում է շճադրական կանանց, կան մի շարք առանձնահատուկ հարցեր, որոնք պետք է ներառվեն նախնական խորհրդատվության մեջ.

- Հղիությունից խուսափելու տարբերակները:
- Գինեկոլոգիական զննման անհրաժեշտությունը:
- Ապագա հնարավոր հղիությունը եւ երեխային սպառնացող վտանգը, հղիության ընթացքում հակառետրոփրուսային թերապիայի անհրաժեշտությունը:

Բուժում չստացող ՄԻԱՎ վարակակիր կանանցից ծնված երեխաների 15-25%-ը վարակված են: Հակառետրոփրուսային բուժումը կարող է կրճատել այս թիվը մինչեւ 8%:

## **ՀԵՏԱՉՈՏՄԱՆ (ԹԵՍԱՎՈՐՄԱՆ) ԼՐԱՑՈՒՑԻՉ ՊԱՅՄԱՆՆԵՐ**

### **Անանուն թեստ**

ՄԻԱՎ-ի թեստավորում անցկացնող թե մասնավոր, եւ թե պետական հաստատությունները կարող են առաջարկել նաեւ ՄԻԱՎ-ի անանուն թեստեր: Վերջինս չի պահանջում տվյալ անձի անունը: Անանուն հետազոտումը լոկ մի միջոց է, սակայն լիակատար հետազոտման համար առաջնակարգ եւ անփոխարինելի է գաղտնիության պահպանումով անվանական մոտեցումը:

- Անանուն հետազոտումը կարող է նպաստել ՄԻԱՎ-ի վաղ հայտնաբերմանը եւ հետեւաբար՝ ավելի վաղ բժշկական միջամտությանը:
- Անանուն հետազոտում նախընտրող անձինք սովորաբար երիտասարդներն ու ամուրիներն են:
- Անանուն հետազոտումը նպաստում է արվամոնիների եւ բարձր ռիսկի խմբերի անձանց ավելի հաճախակի ստուգմանը:

### **ՄԻԱՎ-ի արագ հետազոտում**

Լայնորեն կիրառվող ՄԻԱՎ թեստերը (դիտարկային) թույլ են տալիս պատասխանն ստանալ րոպեների ընթացքում: Դրական արդյունքի դեպքում միայն անհրաժեշտ է կատարել հավելյալ հետազոտումներ:

- Այս թեստերն ընդունելի են եւ՝ հիվանդի, եւ՝ բուժաշխատողի համար բարձր ճշգրտության արդյունքների պատճառով: Թեստը ապահովում է 100% զգայունություն, 99.1-99.5% յուրահատկություն:
- ՄԻԱՎ-ի արագ թեստերը հնարավորություն են տալիս ներկայացնել արդյունքները եւ տրամադրել դրանց վրա հիմնված խորհրդատվություն այցելության հետք առաջին օրը, որը կարող է բարձրացնել ՄԻԱՎ-ի խորհրդատվության եւ ստուգման արդյունավետությունը:

### **Սեռական զուգընկերոջ տեղեկացումը/հայտնաբերումը**

Սեռական զուգընկերոջը տեղեկացնելը կամ նրա ուղեգրումը սեռավարակների կանխման ծրագրերի անկյունաքար է ամբողջ աշխարհում: Սեռական զուգընկերոջը տեղեկացնելու հիմնական պատճառն այն է, որ ՄԻԱՎ-ի վաղ ախտորոշումը եւ բուժումը կարող է կրճատել հիվանդացությունն ու մահացությունը, ինչպես նաեւ հնարավորություն տալ անձին փոխելու բարձր ռիսկի վարքագիծը:

- Սեռական զուգընկերները եւ այն անձինք, ովքեր փոխանակում են ներարկման ասեղները եւ ենթակա են վարակման վտանգին, պետք է

հիմնավոր խորհրդատվություն ստանան եւ հետագուովէն ՄԻԱՎ-ի նկատմամբ:

Չուզընկերներին տեղեկացնելու ընդհանուր մոտեցումներն են՝

- Վարակակրի/հիվանդի կողմից տեղեկացում: Բուժաշխատողը եւ հիվանդը համաձայնության են գալիս, որ հիվանդը պետք է իր վարակի մասին տեղեկացնի սեռական զուգընկերոջը:
- Բուժաշխատողի կողմից տեղեկացում: Բուժաշխատողը տեղեկացնում է հիվանդի սեռական զուգընկերոջը(ներին), իր յուրաքանչյուր կատարելիք քայլի մասին նախապես նրա համաձայնությունն ստանալով:

Սեռական զուգընկերոջը տեղեկացնելը կարելի է ցանկացած առողջապահական համակարգում: ՄԻԱՎ-ով վարակված մարդկանց նկատմամբ վերաբերմունքը, սոցիալական արժեքները, հաղորդակցման ունակությունը եւ հիվանդի վստահության աստիճանը այն գործոններն են, որոնք շատ էական են սեռական զուգընկերոջը տեղեկացնելու ծրագրի բարեհաջող իրագործման համար:



## Հատուկ վարակների վարում ՍԵՌԱԿԱՆ ՀԵՐՊԵՏԻ ՎԱՐՄԱՆ ՈՐՈՇՑՈՒՅՑ

### ՆԵՐԱԾՈՒԹՅՈՒՆ

Հասարակ հերպեսի վիրուսով (տիպ 1/HSV-1 կամ տիպ 2/HSV-2) վարակման առաջին դրսեւորումը (առաջնակի միջադեպ, առաջնակի էպիզոդ) արտահայտվում է վիրուսի ներթափանցման տեղում ախտանշաններով՝ բշտիկներ քթի, շրթունքների կամ սեռական օրգանների շրջանում: Երբեմն այն ընթանում է անախտանշան (թաքնված): Վարակումից հետո, վիրուսը մնում է թաքնված օջախային զգացող գանգլիոնում: Պարբերաբար ակտիվանալով առաջացնում է հերպեսին բնորոշ ցանավորում (կրկնվող սեռական հերպես) կամ ընթանում է անախտանշան: Նույնիսկ այս դեպքում հիվանդը վարակիչ է: Հիվանդության կրկնումներն ավելի հաճախ են HSV-2-ի դեպքում:

### Փոխանցման ռիսկ

Փոխանցման ռիսկն ամենամեծն է ցանավորման կամ նախաախտանշան շրջանում: Խորհուրդ է տրվում սեռական ժուժկալություն, քանի որ այս շրջանում տեղի է ունենում վիրուսային սփռում:

Անատոմաֆիզիոլոգիական առանձնահատկությունների պատճառով կանանց մոտ վարակի փոխանցման հավանականությունն ավելի բարձր է:

### ԱԿՏՈՐՈՇՈՒՄ

#### Կլինիկական

Սեռական հերպեսի դասական դրսեւորումներն են բշտիկներն ու քերծվածքների (էրոզիա) ձեւավորումը, երբեմն նաեւ շրջանային ավշահանգույցների մեծացումը, իսկ կրկնումների դեպքում՝ նախաախտանշաններով: Երբեմն հիվանդների մոտ կարող է առաջանալ ատիպիկ ցանավորում՝ շփոթեցնելով այլ սեռավարակների կամ մաշկախտերի հետ: Հնարավոր են նաեւ վիրուսային սուր վարակներին բնորոշ ընդհանուր կլինիկական երեւույթներ:

### Լաբորատոր

#### Շճաբանություն

Հերպեսի հակամարմինների համար առկա թեստերի մեծ մասը տիպայնորահատուկ չէ (կոմպլեմենտի կապման ռեակցիա, իմունաֆերմենտային հետազոտում): Այդ թեստերը գրեթե անիմաստ են սեռական հերպեսի վարման հարցում: Հիվանդության շճաբանական լիակատար գնահատման համար անհրաժեշտ է HSV 1 եւ 2 տիպայնորահատուկ հակամարմինների ռեակցիա: Հարկ է իմանալ, որ տիպայնորահատուկ իմունային պատասխանների լիովին զարգացման համար անհրաժեշտ է առնվազն 8-12 շաբաթ տեւող ժամանակահատված առաջնակի միջադեպից հետո:

### ՎԱՐՈՒՄ

#### Առաջնակի միջադեպ (էպիզոդ)

Սեռական հերպեսի առաջին բռնկումը հաճախ ունի երկարատեւ հիվանդագին ընթացք: Հիվանդների մեծ մասն ունենում է ընդհանուր եւ տեղային երեւույթներ:

Սրացման սկզբից մինչեւ 5-րդ օրը ներկայացած, ինչպես նաեւ ցանավորման նոր տարրեր ունեցող հիվանդները պետք է ստանան հակավիրուսային դեղամիջոցներ: Ացիկլովիրն ու վալացիկլովիրը արդյունավետ են սրացումների ուժգնության մեղմացման ու տեւողության կրճատման առումով:

Տեղային միջոցները նվազ ազդեցիկ են, քան խմելու միջոցները:

Ն/ե թերապիան ցուցված է միայն այն դեպքերում, եթե հիվանդը չի կարող հակավիրուսային դեղորայքն ընդունել խմելու: Ն/ե թերապիան չի փոխում սեռական

հերպեսի ընթացքը:

Բուժման եղանակներն են.

- Ացիկլովիր 200 մգ, խմել օրը 5 անգամ, 5 օր կամ
- Վալացիկլովիր 500 մգ, խմել օրը 2 անգամ, 5 օր:

### *Օժանդակ միջոցներ*

Խորհուրդ է տրվում հիպերտոնիկ աղային լուծույթով լոգանքներ եւ ցավազրկողների ընդունում: Չզուլություն պետք է ցուցաբերել մակերեսային անզգայացնող դեղամիջոցներ օգտագործելիս, հաշվի առնելով դրանց՝ զգայունություն առաջացնող հատկությունը:

### *Խորհրդատվություն*

Սեռական հերպեսի առաջնակի միջադեպի ժամանակ խորհրդատվությունը պետք է ներառի հետեւյալ պարագաները՝ բնական ընթացքը, բուժման տարբերակները, սեռական կամ այլ եղանակներով փոխանցումը, հղիության ընթացքում պտղին հնարավոր փոխանցումը, հիվանդության առկայության մասին մանկաբարձ-գինեկոլոգին իրազեկումը, վարակված անձի կողմից չվարակված հղի կնոջը վարակելու հետեւանքները, զուգընկերոջը տեղեկացնելու տարբերակները:

### *Բարդությունների վարումը*

Անհրաժեշտ է ստացիոնար վարում հետեւյալ դեպքերում՝

- միզակապություն,
- մենինգիզմ,
- ընդհանուր ախտանշաններ, ծանր ընթացք, տենդ, այլ օրգան համակարգերի ներգրավում:

### *Չսկողություն*

Չետագա հսկողությունը սահմանվում է մինչեւ 3 ամիս՝ զուգորդվող այլ ՍԿ-ը բացառելու համար:

### **Կրկնվող սեռական հերպես**

Առաջնակի միջադեպից միառժամանակ անց սեռական հերպեսը հաճախ կրկնումներ է տալիս, որոնք մեծ մասամբ ինքնասահմանափակվող են եւ սովորաբար արտահայտվում են առհասարակ առաջացնում են նվազ ախտանշաններով, քան առաջին բռնկումը: Սակայն, բազմակի եւ հաճախակի կրկնումները (տարիներ շարունակ) երբեմն նպաստում են հիվանդի մոտ հոգեբանական բարդությունների ձեւավորմանը: Բուժումը նշանակվում է՝ ելնելով հիվանդի վիճակից, սրացումների հաճախությունից, ախտանշանների ուժգնությունից եւ զուգընկերների վիճակից (հղիություն): Ոմանց համար բավարար է միայն պահպանիչ մոտեցումը՝ աղային լոգանքներ կամ փափկացնող քսուքների կիրառում:

Սեռական հերպեսի կրկնումների ծանրությունը եւ տեւողությունը նվազեցնելու համար արդյունավետ են ացիկլովիրը եւ վալացիկլովիրը: Սրացումը կրճատվում է միջինը 1-2 օրով եւ ընթանում ավելի մեղմ:

Բուժման եղանակներն են՝

- Ացիկլովիր 200 մգ, խմել օրը 5 անգամ, 5 օր, կամ՝
- Վալացիկլովիր 500 մգ, խմել օրը 2 անգամ, 5 օր:

### **Ընկճող (սրացումների կանխման) բուժում**

Խորհուրդ է տրվում է այն հիվանդներին, որոնց մոտ 1 տարում լինում են 6 եւ ավելի սրացումներ: Կարելի է նշանակել նաեւ ավելի սակավ սրացումներ ունեցողներին:

### *Բուժման եղանակներն են՝*

Տարեկան 6 սրացում եւ ավելին՝

- Ացիկլովիր 800 մգ, օրը 1 անգամ:
- Վալացիկլովիր 250 մգ, օրը 2 անգամ, կամ 500 մգ, օրը 1 անգամ:

Տարեկան 10 եւ ավելի սրացումների դեպքում անհրաժեշտ է վալացիկլովիրի ավելի բարձր դոզաներ (1000 մգ, օրը 1 անգամ): Օրը մեկ անգամ ացիկլովիրը չի ընկճում կրկնումները:

Հակավիրուսային թերապիան պետք է դադարեցնել առավելագույնը 1 տարի անց, վերստին գնահատել սրացումների հաճախականությունը եւ ի հարկին վերամշակել բուժումը:

Անձի համար կարելու միջոցառումների ժամանակ (արձակուրդներ, քննություններ եւ այլն) ախտանշանների կանխման համար նշանակվում են ընկճող թերապիայի կարճ կուրսեր:

### **Չուզընկերների վարում**

Խորհրդատվության ժամանակ անհրաժեշտ է նկատի ունենալ հետեւյալը՝

- Վիրուսի փոխանցման վտանգի վերաբերյալ տեղեկությունների տրամադրում, հատկապես զուգընկերոջ մոտ վիրուսի անախտանշան սփռման մասին:
- Չուզընկերների տեղեկացումն արդյունավետ միջոց է խորհրդատվական ցանցն ընդլայնելու, ինչպես նաեւ ՍՎ-ների տարածումը կանխելու համար:

### **Սեռական հերպեսի առաջնակի միջադեպով հղի կանանց վարումը**

- Բուժումը նշանակվում է ըստ կլինիկական վիճակի՝ առաջնակի բռնկման համար ընդունված վալացիկլովիրի կամ ացիկլովիրի դեղաչափերով:
- Ացիկլովիրի եւ վալացիկլովիրի շարունակական ընդունումը հղիության վերջին 4 շաբաթում կարող է կանխել սրացումը ծննդաբերության ժամանակ, հետեւաբար եւ խուսափել կեսարյան հատումից:
- Կեսարյան հատումը պետք է առաջարկվի բոլոր այն կանանց, ում մոտ ախտանշանները զարգանում են ծննդաբերությանը նախորդող վերջին 6 շաբաթում, քանի որ վիրուսային արտանետումը շատ բարձր է ծննդաբերության ընթացքում:
- Եթե բնականոն ծննդաբերությունն անխուսափելի է, մոր եւ նորածին կարելի է նշանակել վալացիկլովիրով բուժում :

### **Կրկնվող սեռական հերպեսով տառապող հղի կանանց վարումը**

- Նորածինների հերպեսը կանխելու համար կեսարյան հատում չպետք է կատարվի այն կանանց, ովքեր սեռական օրգանների շրջանում ցաներ չունեն:
- Սեռական հերպեսի սրացումները հղիության երրորդ եռամսյակում կարճատե են:
- Բուժումը կատարվում է վալացիկլովիրով, կրկնվող սեռական հերպեսի համար ընդունված դեղաչափերով:

**Նշում՝** հերպեսով վարակվելու վտանգը բնականոն ծնվող պտղի համար բավականին ցածր է, նույնիսկ եթե ծննդաբերության ժամանակ ծննդկանի մոտ առկա են հերպեսի ցաներ: Ուստի պետք չէ հապճեպ որոշում ընդունել կեսարյան հատման մասին:

### **Նորածինների վարակի կանխման մոտեցումներ**

- Նախածննդյան շրջանում բոլոր կանանց պետք է հարցնել, թե իրենք կամ իրենց զուգընկերները երբեւէ ունեցել են սեռական հերպես:
- Անամնեզում սեռական հերպես չունեցող կանայք, որոնց զուգընկերները ունեն սեռական հերպես, ցանի առկայության դեպքում պետք է խուսափեն

հարաբերությունից: Հղիության ընթացքում պահպանակի օգտագործումը կարող է նվազեցնել վարակի փոխանցման վտանգը:

- Հղի կանանց պետք է տեղեկացնել HSV-1-ով օրոգենիտալ ճանապարհով վարակման վտանգի մասին:
- Սեռական հերպեսի անամեզ ունեցող կանայք ծննդաբերությունից առաջ պետք է ենթարկվեն հեշտոցի մանրակրկիտ զննման՝ բացառելու համար սեռական հերպեսի կլինիկական նշանները:
- Նորածնի հետ շփվող յուրաքանչյուր անձ, որն ունի հարբերանային ակտիվ հերպես, պետք է տեղեկացվի հերպեսի հպավարակային փոխանցման մասին:

### **Նորածնի վարումը**

*Ծննդաբերությունից անմիջապես առաջ սեռական հերպեսի առաջնակի միջադեպով մորից ծնված երեխաներ*

- Եթե ացիկլովիրը անմիջապես չի ներմուծվել, նորածինը պետք է մանրակրկիտ հետազոտվի լեթարգիայի նշանների, տենդի, թերսնման կամ ցաների վաղ հայտնաբերման համար:

*Ծննդաբերությունից անմիջապես առաջ կրկնվող սեռական հերպեսով մորից ծնված երեխաներ*

- Ծնողներին պետք է տեղեկացնել, որ շուտափույթ հայտնեն նորածնի մոտ վարակի որեւէ ախտանշանի առաջացման մասին (լեթարգիա, տենդ, թերսնում կամ ցան):

## Հատուկ վարակների վարում ՍԵՌԱԿԱՆ ԳՈՐՏՆՈՒԿՆԵՐԻ ՎԱՐՄԱՆ ՈՐԴԵՑՈՒՅՑ

### ՆԵՐԱԾՈՒԹՅՈՒՆ

Սեռական գորտնուկները (սրածայր կոնդիլոմաներ, սրածայր գորտնուկներ) բարորակ անոգենիտալ գորտնուկներ են, որոնց հարուցիչն է մարդու պապիլոմավիրուսի (HPV) 6 եւ 11 գենոտիպերը: Հիվանդները կարող են նաեւ վարակված լինել ուռուցքածին՝ «բարձր-ռիսկի» պապիլոմավիրուսների 16 եւ 18 գենոտիպերով, որոնք մեծ մասամբ առաջացնում են կոռագոյացություններ (ներեպիթելային ուռուցք, անոգենիտալ քաղցկեղ):

### ԱՆՏՈՐՈՇՈՒՄ

#### Կլինիկական

Գորտնուկները հակում ունեն առաջանալու հարաբերության ժամանակ վնասված հատվածներում եւ կարող են լինել միայնակ, սակայն սովորաբար արտահայտվում են տասնյակներով, 1-ից 10 մմ տրամագծով: Տարրերը (գերաճները) միաձուլվելով կազմում են մեծ վահանակներ, որոնք յուրահատուկ են իմունոդեպրեսիվ վիճակով մարդկանց եւ շաքարախտով տառապողների մոտ:

Չթլփատված տղամարդկանց հաճախակի ախտահարվող մասերն են առնանդամի գլխիկը, պսակաձեւ ակոսը, սանձիկը, թլիփի ներսային մակերեսը, իսկ թլփատվածների մոտ ավելի հաճախ ախտահարվում է առնանդամի մարմինը: Գորտնուկները կարող են առաջանալ նաեւ փոշտի վրա, աճուկի, շեքի եւ հետանցքային շրջաններում: Կանանց մոտ տարրերն ընդգրկում են ամոթաշրթերի սանձիկը, մեծ եւ փոքր ամոթաշրթերը, ծլիկը, միզուկի բացվածքը, շեքը, հետանցքի շրջանը, հեշտոցամուտքը, բունոցը, կուսաթաղանթը, հեշտոցը եւ Էկտոցերվիքսը: Միզուկի բացվածքն ախտահարվում է տղամարդկանց 20-25%-ի մոտ, իսկ կանանց՝ 4-8%-ի մոտ: Ներհետանցքային գորտնուկները առաջանում են սովորաբար հետանցքային հարաբերության դեպքում (հատկապես արվամուկների մոտ):

Գույնը տատանվում է ազնվամորու վարդագույնից մինչեւ նարնջակարմիրը (չեղջրացած գորտնուկներ), մոխրասպիտակ (խիտ եղջրացած տարրեր) եւ մոխրավունից մինչեւ շագանակագույն (գունակավորված տարրեր): Գերաճները նմանվում են ծաղկակաղամբի կամ աքլորի կատարի, հաճախ ախտահարման տեղում զետեղված լինելով ոտիկի վրա: Ախտանշաններից են բորբոքվածությունը, ճաքերը, քորը, սեռական ակտի ժամանակ արյունահոսությունը կամ ցավը:

#### *Տարրերի տեսակները*

Սեռական գորտնուկները տարբերակվում են երեք գլխավոր տիպի.

*Սրածայր գորտնուկները* հիմանկանում տեղակայվում են լորձաթաղանթային էպիթելի վրա, ինչպիսին են թլիփի ներսային մակերեսը, միզուկի բացվածքը, փոքր ամոթաշրթերը, բունոցը, հեշտոցը, վզիկը եւ հետանցքը, սակայն կարող են ախտահարել նաեւ ծալքային մակերեսները (աճուկ, շեք եւ այլն): Հնարավոր են նաեւ արտասեռական տեղակայումով գորտնուկներ՝ բերանի խոռոչ, լեզու եւ հարթ մաշկի այլ տեղամասեր: Մեծ ծալքերում տեղակայված խոշոր գերաճները ունեն խիստ արտահայտված անոթավորում, որը դրսեւորվում է տիպիկ կետավոր եւ կամ կանթաձեւ նախշով, բացառությամբ գերեղջրացած տարրերի:

*Հանգուցիկային գորտնուկները* սովորաբար տեղակայվում են եղջրացող էպիթելի վրա (արտաքին թլիփ, առնանդամի մարմին, փոշտ, ցայլք, շեք եւ հարհետանցքային շրջան), մեծ մասամբ գերեղջրային են եւ/կամ գունակավորված, չունեն սրածայր գորտնուկների գերաճական մակերեսային անկանոնությունները եւ բնորոշվում են

ախտորոշման դժվարություններով: Գունակավորված, լեյկոպլակիանման եւ սրճակարմրավուն հանգուցիկները հանդիպում են բուուենոիդ պապուլոզի ժամանակ:

*Բծային գորտնուկները* սովորաբար տեղակայվում են լորձաթաղանթների վրա, ունեն գունային թույլ արտահայտվածություն՝ մոխրասպիտակավունից մինչեւ վարդակարմրավուն կամ կարմրասրճավուն, հաճախ մնում են աննկատ՝ պահանջելով բժշկի զգոնությունը ճիշտ ախտորոշման համար:

*Ներէպիթելային նորագոյացություն՝ բուուենոիդ պապուլոզ եւ Բուուենի հիվանդություն*

Բուուենոիդ պապուլոզը (ԲՊ) եւ Բուուենի հիվանդությունը (ԲՀ) տեսանելի տարրեր են՝ ուղեկցված HPV-ի ուռուցքածին տիպերով, առավել հաճախ HPV 16-ով, որն առաջ է բերում լորձաթաղանթի լրիվ հաստությամբ ներէպիթելային նորագոյացություն: Սովորաբար ԲՊ-ն առաջանում է 25-35 տարեկան անձանց մոտ, իսկ ԲՀ-ն՝ 40-50 կամ ավելի տարեկանների մոտ: ԲՊ-ը արտահայտվում է որպես բծահանգուցիկային ցան՝ նուրբ թավշանման մակերեսով. գունային երանգը լորձաթաղանթների վրա սրճավուն է կամ նարնջակարմիր, մոխրասպիտակ, իսկ մաշկային ծածկույթներում՝ մոխրավունից սրճավուն:

*Գիգանտ կոնդիլոմա (Բուշկե-Լովենշտեյնի ուռուցք)*

Սա HPV 6-ի եւ 11-ի զուգակցումով պայմանավորված գորտնուկների հազվագյուտ տարբերակ է, որը բնորոշվում է ստորադիր մաշկային հատվածների խոր ներթափանցող աճով: Գորտնուկային գոյացությունները ունեն բարդ հյուսվածաբանական պատկեր՝ բարորակ գորտնուկները միախառնված են ատիպիկ էպիթելային բջիջների օջախներով կամ հստակորեն դիֆերենցված եղջրաբջջային կարցինոմայով: Բուշկե-Լովենշտեյնի ուռուցքի ախտորոշումը երբեմն պահանջում է բազմակի բիոպսիաներ, համակարգչային տոմոգրաֆիա կամ մագնիսական ռեզոնանսային նկարահանում:

### **Ֆիզիկական եւ հոգեւեռական եւ բարդույթներ**

Գորտնուկները սեռական օրգանների տճեւություններ առաջացնելով՝ խոչընդոտում են բնականոն սեռական կյանքին: Այդ իսկ պատճառով շատերի մոտ առաջանում է մեղավորության, լարվածության եւ ինքնասեմացման զգացում: Հաճախ նկատվում է մտավախություն՝ ժառանգելիս վարակելու առումով, ինչպես նաեւ գորտնուկների չարորակացման վախ :

### **Կլինիկական գնահատում**

Հետազոտման նպատակն է ապահովել համապատասխան ախտորոշումն ու բուժումը եւ նվազագույնի հասցնել հոգեբանական բարդույթները: Նախքան բուժումն սկսելը, անհրաժեշտ է մանրակրկիտ արձանագրել տարրերի տարածվածությունը, բազմաթիվ կամ վահանականման լինելը, տեղակայումները, ինչը թույլ կտա գնահատել բուժման արդյունավետությունը կամ զանազանել նոր զարգացած տարրերը:

Հարկ է մանրակրկիտ զննել արտաքին սեռական օրգանները: Փոքր տարրերի հայտնաբերման համար անհրաժեշտ է խոշորացույցի օգտագործումը:

Արտաքին տեղակայմանը զուգահեռ՝ կանանց 25%-ի մոտ լինում են նաեւ արգանդի վզիկի եւ/կամ հեշտոցի գորտնուկներ: Անուշադիր զննումները, ինչպես նաեւ մանր տարրերի չհայտնաբերելը հաճախ հանգեցնում են հյուսվածքներում ներէպիթելային նորագոյացությունների հետագա առաջացմանը: Այդ իսկ պատճառով, ի տարբերություն բոււնոցի գորտնուկների, վզիկային տարրերը պարտադիր պետք է

հյուսվածաբանականորեն հետազոտվեն:

#### *Մեատոսկոպիա*

Տղամարդկանց նավակաձեւ փոսի լիարժեք զննումը կատարվում է մեատոսկոպիայով՝ ուրեթրոսկոպ կամ ականջադիտակ: Դեպքերի շուրջ 5%-ը պահանջում է ուրոլոգիական հետազոտում՝ ախտահարման օջախի ճշգրիտ սահմանագծման համար: Տղամարդկանց մոտ հետին միզուկի ախտահարումն առանց առաջնայինի չի լինում:

#### *Անոսկոպիա*

Չուգահեռ ընթացող շեքային եւ հարիետանցքային գորտնուկները լինում են հիվանդների 1/3-ի մոտ, հետեւաբար այդ տեղամասերը հարկ է զննել, իսկ հետանցքային գորտնուկների առկայության դեպքում անոսկոպիա կատարել մինչեւ ատամնավոր գիծը:

#### *Քացախաթթվի փորձը*

5%-անոց քացախաթթվի կիրառումից հետո գորտնուկները մի քանի րոպեով դառնում են մոխրասպիտակավուն: Այս փորձը օգնում է վիրահատական միջամտություններ իրականացնելու համար: Կեղծ դրական արդյունքներ սովորաբար լինում են բորբոքային վիճակների դեպքում (օր.՝ կրաուրոզ, կարմիր տափակ որքին, պսորիազ, բալանոպոսթիտ, վուլվովագինիտ, էկզեմա, սեռական հերպես, տրավմատիկ միկրովնասավածքներ), որոնց ժամանակ ախտահարված օջախի մշակումը քացախաթթվով առաջացնում է անկանոն քացախասպիտակավուն եզրերով ճաքճքում:

#### **Տարբերակիչ ախտորոշում**

Տարբերակիչ ախտորոշման մեջ ընդգրկվում են մի շարք մաշկային հիվանդություններ՝ հպավարակիչ մոլյուսկը, ֆիբրոէպիթելիոմաները եւ սեբոռեիկ կերատոզները: Այնուամենայնիվ տղամարդկանց ամենահաճախ շփոթմունք առաջացնող ֆիզիոլոգիական վիճակը առնանդամի մարգարտային հանգուցիկներն են, որոնք զարգանում են հասուն տղամարդկանց մոտ, երբ 1-3 շարքով մանր, իրար չմիացող 1-2 մմ հանգուցիկները շրջագծով արտահայտվում են գլխիկի հետնամասում եւ կամ սիմետրիկորեն հարսանձիկային մասում: Դրանք փոքր են, հարթ մակերեսով եւ չեն միաձուլվում: Կանանց մոտ գորտնուկները պետք է զանազանվեն փոքր ամոթաշրթերի ներքին մակերեսներից եւ նախադռան շրջանում առկա ֆիզիոլոգիական, կանոնավորապես ձեւավորված եւ չմիաձուլվող, մեծ մասամբ սիմետրիկ դասավորությամբ հանգուցիկներից (շրթային միկրոպապիլոմատոզ): Առողջլ անձանց մոտ թլիփի եւ վուլվայի ճարպագեղձերը երբեմն երեւում են բազմաթիվ, մանր, մոխրադեղնավուն, չպնդացած ցանի ձեւով՝ թլիփի եւ փոքր ամոթաշրթի ներքին մակերեսներից:

#### **Յյուսվածաբանություն**

Նոր առաջացած, բազմաթիվ սրածայր տարրերի դեպքում բիոպսիան անհրաժեշտ չէ, սակայն անհրաժեշտ է ատիպիկ դեպքերում, ինչպիսիք են ԲՊ-ն, ԲՅ եւ գիգանտ կոնդիլոման, երբ հայտնի չէ հանգուցիկային կամ բծային տարրերի ընթացքը՝ բարորակ կամ՝ ոչ,

#### **ՎԱՐՈՒՄ**

#### **Ընդհանուր**

Բուժման տրամաբանական ակնկալիքն ապաքինումն է, եթե ոչ լրիվ, ապա գոնե գորտնուկների եւ այլ ախտանշանների երկարատեւ ռեմիսիան: Առկա բուժման ձեւերից ոչ մեկը լիակատար չէ: Կրկնումների հաճախականությունը բավական բարձր է եւ հասնում է 20-30%-ի: Բուժման բոլոր եղանակներն էլ ուղեկցվում են

տեղային մաշկային ռեակցիաներով՝ քոր, այրոց, քերծվածքներ, այտուց, բորբոքվածություն եւ ցավ, ինչպես նաեւ հաճախ նպաստում են սպիների առաջացմանը:

## **Բուժում**

### *Դեղորայքային՝*

- Պոդոֆիլոտոքսին (0,15% քսուք կամ 0,5% լուծույթ):
- Եռլորքացախաթթու:
- Ազոտական թթվի, քացախաթթվի, կաթնաթթվի եւ օքսալաթթվի խառնուրդ (Սոլկոդերմ):
- Կոլխամինի 0,5% քսուք:

### *Այլ եղանակներ՝*

- Էլեկտրավիրահատում:
- Լազերային եղանակ:
- Վիրաբուժական միջամտություն:
- Կրիոթերապիա:

Բժշկները պետք է իրազեկ լինեն այս բոլոր եղանակների մասին, եւ տիրապետեն առնվազն երկուսին, քանի որ հիվանդության կրկնումները պահանջում են բուժական այլ մոտեցումներ: Բուժման եղանակի ընտրությունը կախված է գորտնուկների ձեւաբանությունից եւ հյուսվածքների ընդգրկման աստիճանից:

### *Դեղորայքային բուժում*

#### **Պոդոֆիլոտոքսինի 0,5% լուծույթ:**

Պոդոֆիլոտոքսինով բուժման յուրաքանչյուր կուրս տեւում է 3 օր, հիվանդը ինքնուրույն օրը 2 անգամ կիրառում է պոդոֆիլոտոքսինը, այնուհետեւ՝ 4-7 օր հանգիստ:

4 կուրսից հետո չվերացող գորտնուկները պետք է բուժվեն այլ եղանակով:

Պոդոֆիլոտոքսին օգտագործող անձանց 50-65%-ի մոտ գորտնուկների մեռուկացման հետ լինում են անցողիկ եւ տանելի այրոցի զգացում, ցավոտություն, երիթեմա կամ քերծվածքներ, որոնք տեւում են մի քանի օր: Կողմնակի ազդեցությունները սովորաբար հայտնվում են միայն բուժման առաջին կուրսի ժամանակ:

Պոդոֆիլոտոքսինը հակացուցված է հղիության ժամանակ:

Բուժման հազվադեպ բարդություններից է բալանիտ/բալանոպոսթիտի առաջացումը քերծվածքների կամ այտուցի պատճառով: Նման դեպքերում կատարվում է ախտանշային բուժում (գոլ ջրով լոզանքներ, հակաբիոտիկային քսուքներ եւ այլն):

#### **Եռլորքացախաթթվի 80-90% լուծույթ**

Եռլորքացախաթթուն (ԵԶԶ) առաջացնում է բջջային մեռուկացում: Ըսվում է գորտնուկի մակերեսին բամբակյա ձողիկով: Չարմար է փոքր սրածայր կամ հանգուցիկային գորտնուկների, սակայն նվազ արդյունավետ՝ եղջրացած կամ մեծ տարրերի դեպքում: Բուժման արդյունավետությունը կազմում է 70-81% , սակայն հաճախակի են կրկնումները: ԵԶԶ-ն լինելով խիստ քայքայիչ նյութ՝ կարող է առաջացնել սաստիկ ցավեր, բորբոքվածություն, մաշկի խոր խոցոտումներ, սպիացում, հետեւաբար պետք է կիրառվի միայն բժշկի կողմից: Չարկ է ձեռքի տակ ունենալ չեզոքացնող նյութ (օրինակ՝ նատրիումի բիկարբոնատ)՝ չափից շատ քսվելու կամ ծորալու դեպքում: Ճիշտ օգտագործման ժամանակ մակերեսային վերք է առաջանում, որը լավանում է առանց սպիացման: ԵԶԶ-ն կարելի է զգուշորեն օգտագործել հղիության ժամանակ:



### **Ազոտական թթվի, քացախաթթվի, կաթնաթթվի եւ օքսալաթթվի խառնուրդ**

Սուլֆոդերմը եւս քայքայիչ կյուր է, արտադրվում է Շվեյցարիայում եւ պարունակում է ազոտական թթու, քացախաթթու, կաթնաթթու եւ օքսալաթթու, նույնպես կիրառվում է սեռական գորտնուկների մակերեսային բուժման համար՝ շրջակա առողջ մաշկը նախապես ծածկելով որեւէ չեզոք կյուրով (օր. վազելինով), օրը 1 անգամ: Կիրառման ժամկետը կախված է գորտնուկների ձեւաբանությունից ու ծավալից:

### **Կոլխամինի 0,5% քսուք**

Չաջողությամբ կիրառվում է ինչպես սեռական գորտնուկների, այնպես էլ որոշ այլ մաշկային նորագոյացությունների ժամանակ: Քսվում է գորտնուկների մակերեսին, շրջակա առողջ մաշկը նախապես ծածկելով որեւէ չեզոք կյուրով (օր. վազելինով), օրը 1 անգամ: Կիրառման ժամկետը կախված է գորտնուկների ձեւաբանությունից ու ծավալից:

### *Այլ եղանակներ*

#### **Վիրահատական բուժում**

Չնարավոր չէ հստակ ցուցումներ տալ լավագույն վիրահատական մեթոդի մասին, քանզի դա կախված է գորտնուկների տարածվածությունից եւ բժշկի կլինիկական հմտությունից ու փորձից: Վիրահատությունը կատարվում է տեղային անզգայացմամբ: Նախքան ներսփռանքային անզգայացումը խորհուրդ է տրվում կիրառել անզգայացնող քսուք: Ներսփռվող անզգայացնող լուծույթը նպաստում է արտափքված տարրերի բաժանմանը եւ բարձրացմանը, հեշտացնելով ճշգրտորեն վերացնելու գորտնուկները եւ ինչպեւ մաշկի չափստահարված հատվածները:

Ճշգրտորեն վիրահատված բոլոր տարրերը վերանում են: Այդուհանդերձ, հիվանդներից 20-30%-ի մոտ առաջանում են նոր տարրեր՝ բուժված հյուսվածքների եզրերին եւ կամ այլ տեղամասերում:

Մկրատով հատումը վիրահատական եղանակներից մեկն է, որի դեպքում երբեմն պահանջվում է էլեկտրանշտարի կիրառում՝ արյունահոսությունը կանգնեցնելու համար:

**Նշում՝** Թլիփի վրայի ծավալուն գորտնուկները երբեմն ավելի լավ էլք են ունենում թլիփատմամբ, քան այլ բուժումներով, որոնք կարող են ուղեկցվել ֆիմոզի ռիսկով: Լայնածավալ ներհետանցքային գորտնուկների ամենահարմար հեռացման եղանակը ընդհանուր անզգայացմամբ վիրահատումն է պրոկտոլոգի կողմից: Վուլվոնալ շրջանի լայնածավալ գորտնուկներով երեխաներին եւ գերզգայուն հիվանդներին նախընտելի է վիրահատել ընդհանուր անզգայացմամբ:

#### **Էլեկտրավիրահատություն եւ լազերային վիրահատում**

Էլեկտրավիրահատական բուժումը կատարվում է հատուկ սարքով, օգտագործելով համապատասխան նշտարներ: Չարմար եւ արդյունավետ միջոց է ոչ միայն գորտնուկների հատման, այլեւ արյունահոսության կանգնեցման, ինչպես նաեւ կասկածելի հյուսվածքների քայքայման առումով:

Լազերային սարքի էներգիան կենտրոնացվում է գորտնուկների վրա կետի ձեւով եւ կլանվելով հյուսվածքների կողմից՝ քայքայում է դրանք:

Ե՛ւ էլեկտրա, ե՛ւ լազերային վիրահատությունը պետք է կատարվեն հմուտ բուժանձնակազմի կողմից, համապատասխան պայմաններում (վիրահատական դիմակների օգտագործում, ծխահեռացնող սարք եւ այլն):

#### **Կրիոթերապիա**

Կրիոթերապիայի ազդեցությունը պայմանավորված է վերնամաշկի եւ մաշկի մեռուկացմամբ, ինչպես նաեւ մաշկի միկրոանոթների թրոմբոզի առաջացումով: Սովորաբար բուժումը կատարվում է մեկ շաբաթյա ընդմիջումներով: Չեղուկ ազոտը

(N<sub>2</sub>) կիրառվում է հատուկ գործիքով (Cryogun) կամ ուղղակի ձողիկային մշակումով, սառեցնելով գորտնուկներն ու առողջ մաշկի եզրամասը շուրջ 20 վայրկյան: Կրիոթերապիան դյուրին է և՛ էժան եղանակ է, հազվադեպ է առաջացնում սպիացում կամ մաշկի մշակված հատվածի գունային փոփոխություն: Կլինիկական արդյունավետությունը հասնում է 63-89%-ի: Սակայն երբեմն պահանջվում է կրկնակի բուժում:

### **ՅԻՎԱՆՆԵՐԻ ԽՈՐՀՐԴԱՏՎՈՒԹՅՈՒՆ**

Խորհրդատվության ժամանակ կարելի է հիվանդության մասին տեղեկացումը, ինչպես նաև բուժանձնակազմի չդատապարտող, աջակից պահվածքը, հստակորեն ներկայացնելը բուժման տարբերակներն ու դրանց արդյունավետության աստիճանը:

### **Նշում**

Սեռական գորտնուկների վարման ընթացքում հաճախ զգացվում է այլ մասնագետների խորհրդատվության կարիքը (մաշկավեներաբան, գինեկոլոգ, պրոկտոլոգ, ուրոլոգ, սեքսոպաթոլոգ եւ այլն):

Հղիության վաղ շրջանում գորտնուկները կարող են մեծանալ եւ բազմանալ: Ծննդաբերության ժամանակ գորտնուկների առկայությունը երբեմն հարուցում է երեխայի մոտ յուվենիլ ձայնալարային պապիլոմատոզ (ՅԶՊ):

ՄԻԱՎ վարակի, օրգանների փոխպատվաստման ժամանակ առաջացած իմունոսուպրեսիան նպաստում է առկա գորտնուկների բուռն տարածմանը եւ ավելացմանը, հաճախ նաև ներէպիթելային նորագոյացությունների զարգացմանը: Հետեւաբար, գորտնուկներ ունեցող ՄԻԱՎ-դրական կամ օրգանների փոխպատվաստում ստացած անձինք պետք է ենթարկվեն բջջաբանական հետազոտությունների:

Երեխաների մոտ սեռական գորտնուկները կարող են առաջանալ փոխանցման մի քանի ճանապարհներով. HPV ձեռք բերում ծննդաբերության ժամանակ՝ մայրական սեռական ուղիներից, աուտոինոկուլացիա մատների գորտնուկներից, ինչպես նաև կենցաղային՝ ընտանիքի վիրուսակիր անդամներից: Մշտապես պետք է նկատի ունենալ նաև հնարավոր սեռական բռնությունները:

# ՀԵՊԱՏԻՏ B ԵՒ C ՎԻՐՈՒՄԱՅԻՆ ՎԱՐԱԿՆԵՐԻ ՎԱՐՄԱՆ ՈՒՂԵՑՈՒՅՑ

## ՀԵՊԱՏԻՏ B ՎԻՐՈՒՄՈՎ ՎԱՐԱԿ

Հեպատիտ B-ի հարուցիչը հեպատոտրոպ ԴՆԹ պարունակող վիրուսն է (HBV): Սեռականորեն փոխանցված վարակները կազմում են հեպատիտ B-ի դեպքերի շուրջ 40%-ը: Վիրուսակրության բարձր տոկոսներ են հայտնաբերվում ռիսկի խմբերի անձանց՝ ներառյալ ն/ե թմրամոլների, արվամոլների, մարմնավաճառների եւ այդ հիվանդության բարձր էնդեմիկությամբ երկրներից ներգաղթողների մոտ: Սեռական փոխանցումը գլխավորապես տեղի է ունենում արվամոլների մոտ, հետանցքով անպաշտպան կենակցումից, ինչպես նաեւ բերան-հետանցք հարաբերության ժամանակ: Վարակումը տեղի է ունենում նաեւ հետերոսեքսուալ ճանապարհով: Վարակը փոխանցվում է նաեւ պարենտերալ (արյան, այդ թվում՝ փոխներարկման եւ արյան պատրաստուկների միջոցով) եւ ուղղահայաց (վարակված մորից՝ պտղին): Հնարավոր են նաեւ վարակման եզակի դեպքեր՝ չախտահանված բժշկական գործիքների, ներարկիչների օգտագործման հետեւանքով:

## Ախտորոշում

### *Կլինիկական*

- Սուր դեղնուկային հեպատիտի ինկուբացիոն շրջանը 40-160 օր է:
- Մարդկանց 10-50%-ը (հատկապես ՄԻԱՎ-դրականները) ունեն անախտանշան սուր վարակ:
- Քրոնիկ վարակների դեպքում մեծ մասամբ ախտանշաններ չեն հայտնվում: Տարիներ անց վարակի առկայությամբ, կարող են հայտնվել լյարդի քրոնիկ հիվանդության նշաններ:

## Լաբորատոր

Վարակի յուրաքանչյուր փուլի համար կիրառելի շճաբանական հետազոտությունների արդյունքների մեկնաբանման համար, տե՛ս աղյուսակ 1:

### *Այլ փորձեր*

- Սուր վարակ - շիճուկում ամինոտրանսֆերազները բարձրացած (ALT եւ AST)՝ հազվադեպ ավելի բարձր քան 10.000 ՄՄ/լ: Շիճուկի բիլիռուբին՝ հազվադեպ ավելի քան 300 մկրմոլ/լ: Հիմնային ֆոսֆատազան՝ նորմայի վերին սահմանից կրկնակիից ավելի, բացի լեղականգով ընթացող դեպքերից: Պրոթրոմբինային ժամանակը երկարացված մինչեւ 5 վրկ: Ավելին մատնանշում է լյարդի անբավարարություն:
- Քրոնիկ վարակ - մեծ մասամբ առկա է ամինոտրանսֆերազների թույլ տեղաշարժ (սովորաբար 100ՄՄ/լ նվազ), իսկ լյարդի փորձերը բնականոն են լինում հիվանդների մեծ մասի մոտ:

## Հեպատիտ B-ի հետազոտման ցուցումներ

### *Սուր դեղնուկային հեպատիտի առկայություն*

Հեպատիտ B-ի մակերեսային հակաձևի հետազոտում (HBsAg) (ինչպես նաեւ լյարդի փորձեր, պրոթրոմբինային ժամանակ, միզանյութ եւ էլեկտրոլիտներ): Եթե HBsAg-ն դրական է, շարունակել «e» հակաձևային (HBeAg) եւ հակակորիզային IgM հետազոտություններով: Կասկածելի դեպքերում միայն (օր.՝ HBeAg բացասական) անհրաժեշտ կլինի որոշել HBV ԴՆԹ (մեկնաբանությունների համար տե՛ս Աղյուսակ 1): Նաեւ ստուգել հեպատիտ A-ի եւ C-ի համար:

*Անձի պատկանելությունը բարձր ռիսկի խմբերին*

Ստուգել բարձր ռիսկի խմբերի անձանց (արվամուլներ, մարմնավաճառներ, ներերակային թմրամուլեր, ՄԻԱՎ-դրական վարակակիրներ, սեռական բռնության զոհեր եւ HBsAg-դրական անձանց զուգընկերներ կամ այդ ռիսկի խմբերի անձինք), ինչպես նաեւ ՍՎ-ներով հաճախակի վարակվողները, միաժամանակ մի քանի ՍՎ-ներով հիվանդները:

*Դիտարկումային (սքրինինգային) հետազոտում*

Չակա-հեպատիտ B կորիզային հակամարմնի (anti-HBc) հետազոտումը դիտարկման հարմար եղանակ է՝ պարզելու բնականոն իմունիտետը կամ վիրուսակրությունը: Դիտարկման այլընտրանքային ռազմավարություն է նաեւ նախապես HBsAg ստուգելը (տես՝ գծագիր 1 եւ 2):

Ոչ իմուն անձանց առաջարկել պատվաստում: Եթե հայտնաբերվի քրոնիկ վիրուսակրություն՝ կազմակերպել բուժումը վարակաբանի հսկողությամբ:

Աղյուսակ 1

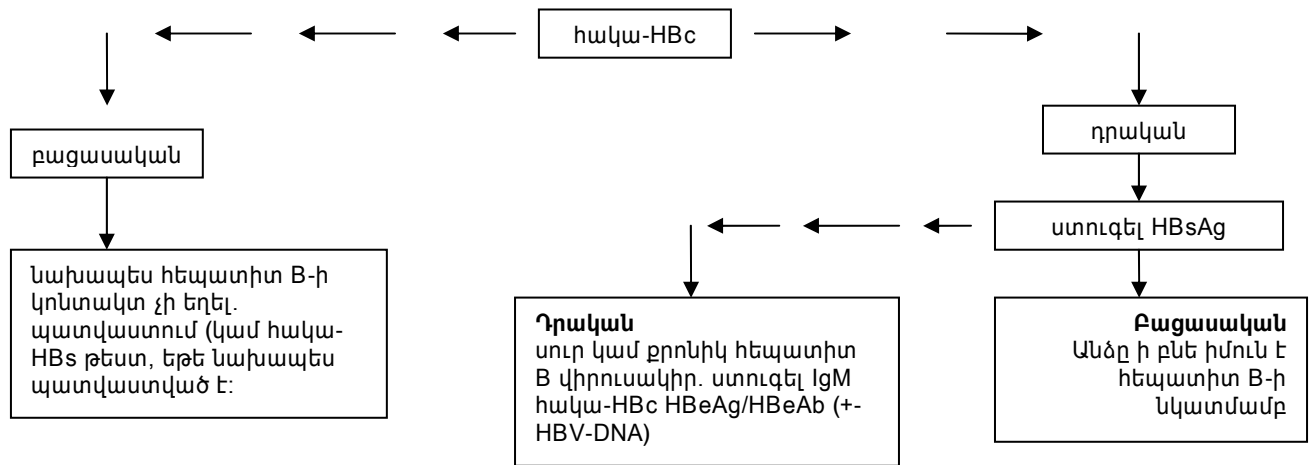
Շճաբանական տվյալները ըստ հեպատիտների փուլերի

Վարակի փուլ	Սակերեսային հակածին (HBsAg)	e' հակածին (HBeAg)	antiHBIGM	antiHBcIgG	Չեպատիտ B վիրուս ԴՆԹ	հակա-Hbe	հակա-HBs
Սուր (վաղ)	+	+	+	+	+	-	-
Սուր (հանգչող)	+	-	+	+	-	+ կամ -	-
Քրոնիկ (բարձր վարակայնություն)	+ կամ -	+	-	+	+	-	-
Քրոնիկ (ցածր վարակայնություն)	+	-	-	+	-	+ կամ -	-
Չանգած (իմուն)	-	-	-	+	-	+ կամ -	+ կամ -
Չաջող պատվաստում	-	-	-	-	-	-	+

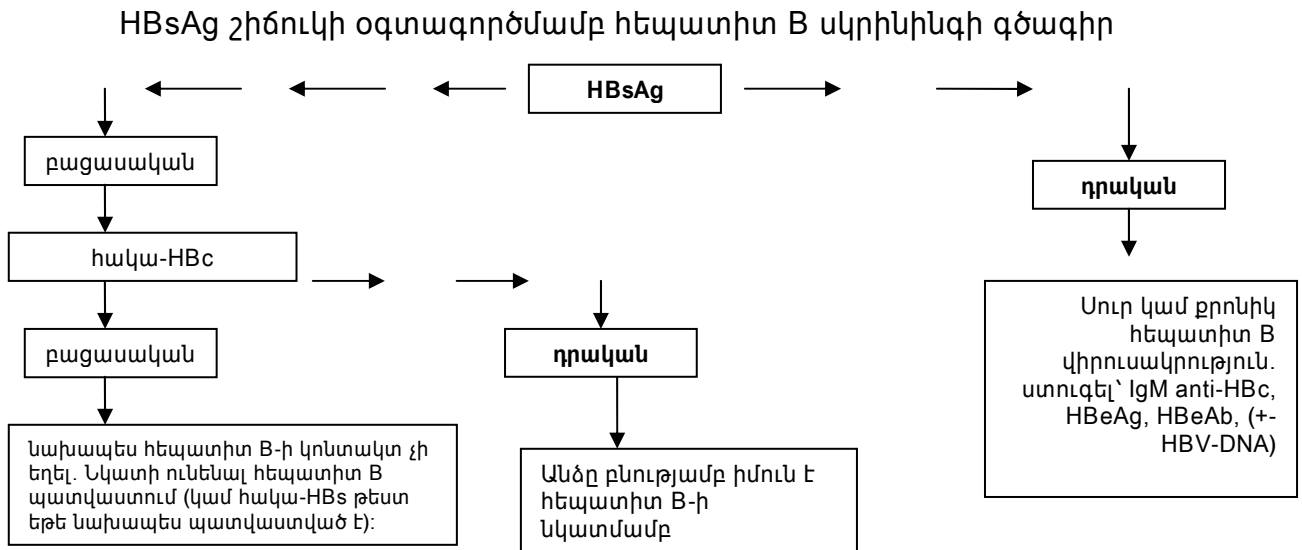
**Առաջնային կանխարգելում/պատվաստում**

- Չեպատիտ B-ի փոխանցումը կարելի է կանխել խուսափելով անպաշտպան հարաբերությունից, ինչպես նաեւ օրո-անալ կոնտակտից, կամ՝ օգտագործելով պահպանակ:
- Չեպատիտ B-ի կանխարգելման ամենաարդյունավետ միջոցներից է պատվաստումը, որն առաջարկվում է բարձր ռիսկի անձանց:
- Բոլոր նորածինները պետք է ենթարկվեն պատվաստման (կրկնակի, առաջինը ծնվելուց 24 ժամվա ընթացքում, իսկ երկրորդը՝ 1,5 ամսական հասակում): Ներարկումները կատարվում են ազդրից կամ դելտայաձեւ մկանից:
- ՄԻԱՎ-դրական անձինք ցուցաբերում են պատվաստի նկատմամբ ցածր պատասխան (մոտ 40%) եւ կարող են հակա-HBs-բացասական դառնալ մեկ տարվա ընթացքում.

**Շիճուկի հակա-HBc օգտագործմամբ հեպատիտ B-ի դիտարկման գծազիր**



- Բարձր ռիսկի անձանց (HBsAg դրական անձանց, սեռական կամ կենցաղային կոնտակտներին) պատվաստման արագացված կուրս տրամադրել առաջին ներարկումից 1, 2 եւ 12 ամիս հետո: Անարդյունավետ պատվաստումների դեպքում՝ նշանակել հավելյալ ներարկումներ (մինչեւ 3 անգամ), այդպիսով արդյունավետությունը հասցնելով գրեթե 100%-ի:
- Եթե պատվաստման առաջնային կուրսը անավարտ է մնում, ապա անհրաժեշտ բացը կարող է լրացվել նույնիսկ 4 տարի անց, առանց կուրսը կրկնելու կարիքի:
- Պատվաստված անձինք ժամանակի ընթացքում կարող են ենթարկվել լրացուցիչ՝ խթանիչ պատվաստման, որը թարմացնում է նախապես ստեղծված իմունիտետը հեպատիտ B-ի նկատմամբ: Առողջ իմունիտետով երեխաներն ու հասուն անձինք, ովքեր բնականոն պատվաստվել են, կարիք չունեն խթանիչ պատվաստման մինչեւ 15 տարի: Սակայն, ընկճված իմունիտետով հիվանդները (օրինակ՝ ՄԻԱՎ վարակակիրները, երիկամային անբավարարություն ունեցողները) կարիք ունեն պատվաստի խթանիչ ներարկումների, երբ հակա-HBs-ի մակարդակն իջնում է 10 մմ/լ-ից ցածր:



**HBsAg դրական անձանց վարումը**

- Հիվանդները պետք է խուսափեն անպաշտպան սեռական հարաբերությունից մինչև ոչ վարակիչ դառնալը կամ մինչև իրենց զուգընկերների պատվաստվելը (տես՝ ստորել).
- Հիվանդներին պետք է տրամադրվի հիվանդության եւ դրա համաճարակաբանության մասին տեղեկատվություն, հատուկ շեշտելով արյուն եւ օրգան/հյուսվածքներ չհանձնելու (դոնոր չլինելու) հանգամանքը:
- Ռիսկի խմբերի անձանց պետք է ստուգել այլ ՍԿ-ների նկատմամբ:
- Մանրամասն հետազոտումները (յարդի բիոպսիա եւ այլն) պետք է կատարվեն վարակաբանների կողմից:

**Քրոնիկ վարակի բուժման ցուցումները**

- 6 ամսից ավելի HBeAg-դրական վարակով անձանց պետք է նկատի առնել ալֆա-հետերոֆերոնով բուժման համար՝ 5-20 մգ/մ կամ խոր ե/մ սրսկումով, շաբաթը 3 անգամ, 12-32 շաբաթ: Հավելյալ խոստումնալից բուժումները, առանձին կամ համակցված, ներառում են լամիվուդին, ֆամցիկլովիր, ադեֆոսիվիր, թիմոզին ալֆա-1 եւ ռիբավիրին: Առողջ իմունիտետով հասուն տարիքում ձեռքբերված հեպատիտի (ամինոտրանսֆերազների բարձրացում կամ լյարդի բիոպսիայով հաստատված քրոնիկ ակտիվ հեպատիտ) դեպքում հետերոֆերոնի արդյունավետությունը ամենաբարձրն է (40-50%): Այս բուժումը ծախսարդյունավետ է (cost-effective) եւ նվազեցնում է հետագա բարդությունները, ինչպիսիք են ցիռոզն ու լյարդի քաղցկեղը:
- Բուժման ընթացքում, լամիվուդինը ճնշում է հեպատիտ B-ի վիրուսային ռեպլիկացիան եւ կարող է հետաձգել լյարդի ախտահարումը ՄԻՎ-դրական անձանց մոտ: Բուժումը նման դեպքերում նվազ վստահելի է եւ հակավիրուսայինների նկատմամբ ընդհանրապես կայունություն է զարգանում հեպատիտ B-ի վիրուսում, երբեմն առաջ բերելով նույնիսկ հեպատիտի սրացում:
- Բացի լյարդի հիվանդության դեկոմպենսացված վիճակի առկայությունից, սպեցիֆիկ բուժում ցուցված չէ, չնայած հեպատիտ A-ի պատվաստում պետք է առաջարկվի, քանզի զույգ վարակը հղի է ծանր կանխատեսումով:

## **Հատուկ իրավիճակներ**

### *Հղիություն և ստնտվություն*

- Հղիության 65-90% դեպքերում, երբ մայրը HBeAg-դրական է և շուրջ 10% դեպքերում՝ երբ HBsAg-դրական, HBeAg-բացասական է, վարակը փոխանցվում է մորից՝ պտղին: Վարակված երեխաների մեծ մասը (90%) դառնում է քրոնիկ վարակակիր:
- HBsAg-դրական մայրերից ծնված երեխաները պատվաստվում են, սովորաբար համակցությամբ հեպատիտ B-սպեցիֆիկ իմունոգլոբուլինով (HBSIg) 200 ա.մ. մ/մ: Դա նվազեցնում է ուղղահայաց փոխանցումը շուրջ 90%-ով: Սակայն եթե HBSIg առկա չէ, պատվաստումն առանձին կանխում է ուղղահայաց փոխանցումը 66-100%: Երեխաները պետք է ստուգվեն հեպատիտ B-ի նկատմամբ (HBsAg և anti-HBs) պատվաստի 3-րդ ընդունումից 4-6 շաբաթ անց:
- Վարակված մայրերը պետք է շարունակեն ստնտվությունը, քանի որ փոխանցման հավելյալ վտանգ գոյություն չունի:

## **Չուզընկերների և այլ կոնտակտների վարումը**

- Չուզընկերները պետք է հետազոտվեն և անհրաժեշտության դեպքում բուժվեն կամ պատվաստվեն:
- Քանի որ հեպատիտ B-ի վարակիչ շրջանը սկսում է դեղնուկից 2 շաբաթ առաջ և շարունակվում մինչև հիվանդը դառնա HBeAg-բացասական, հետևաբար քրոնիկ վարակների դեպքում որոնել որեւէ մեկ կոնտակտի մոտ դեղնուկի դրսեւորման միջադեպ: Հեպատիտ B-ի նկատմամբ հետազոտվում են բոլոր այն երեխաները, ովքեր ծնվել են վարակակիր մայրերից ու չեն պատվաստվել:
- Կասկածելի սեռական հարաբերությունից կամ վարակակրի օգտագործած ասեղող վնասում ստացած անձին խորհուրդ է տրվում ներարկել ոչ իմուն HBSIg 500 ա.մ. մ/մ: Սա արդյունավետ է՝ հնարավոր վարակմանը հաջորդող 48 ժամվա ընթացքում, սակայն ոչ պիտանի՝ 7 օրից ավելի անցնելու դեպքում:
- Ռեկոմբինացված պատվաստի արագացված կուրս պետք է առաջարկվի նրանց, ում ներարկվել է HBSIg, ինչպես նաև բոլոր սեռական և կենցաղային կոնտակտներին (կրկնել 1, 2 և 12 ամիս անց):
- Խուսափել սեռական, հատկապես անպաշտպան պենետրատիվ սեքսից, մինչև լիակատար պատվաստումը (հակա-HBs տիտրերը ավելի քան 10ա.մ./լ):

## **Հսկողություն**

- Սուր վարակ. ԼՖՓ (շաբաթական 1-4 անգամ) մինչև լավացում:
- Քրոնիկ վարակի հավանականության պատճառով՝ շիճուկի HBsAg-ն պետք է ստուգվի 6 ամիս անց, նույնիսկ եթե ԼՖՓ բնականոն են:
- Քրոնիկ վարակ. չբուժելու դեպքում, հիվանդները պետք է պարբերաբար ստուգվեն 1 տարի (կամ ավելի պակաս) ժամանակահատվածում:
- Լավացումից հետո իմունիտետը (մակերեսային հակածին-բացասական) կայուն է 90%-ից ավելի դեպքերում:

## **Հեպատիտ D (դելտա վիրուսի վարակ, HDV)**

Հարուցիչն է անկատար ՌՆԹ վիրուսը: Հայտնաբերվում է միայն հեպատիտ B-ով տառապող հիվանդների մոտ՝ մեծ մասամբ ն/ե թմրամոլների, մարմնավաճառների, ինչպես նաև նրանց զուգընկերների մոտ, ուստի հարկավոր է կասկածել HDV-ի մասին, հատկապես եթե սուր հեպատիտը ծանր է ընթանում, կամ՝ քրոնիկ HBsAg կրողների մոտ արձանագրվում է հեպատիտի սրացում, կամ՝ քրոնիկ HBV-ի կրողների մոտ արագորեն զարգանում է լյարդի հիվանդություն: Ախտորոշումը հաստատվում է դրական հակա-HDV հակամարմնով կամ HDV-ՌՆԹ թեստով:

## **ՀԵՊԱՏԻՏ C ՎԻՐՈՒՄՈՎ (HCV) ՎԱՐԱԿ**

Հարուցիչը ՌՆԹ վիրուսն է: Էնդեմիկ է աշխարհով մեկ, ունենալով բարձր տարածվածություն Հարավարևելյան Ասիայում եւ Արեւելյան Եւրոպայում: Տարածվածությունը տատանվում է 0,06-1% Հյուսիս Եւրոպական արյան դոնորների մոտ եւ 1,5-12% Հարավային եւ Արեւելյան Եւրոպայում, եւ մինչեւ 90%՝ ն/ե թմրամոլների մոտ:

### **Փոխանցում**

- Դեպքերի մեծ մասը փոխանցվում է պարենտերալ ճանապարհով՝ փոխանակվող սրսկիչ/ասեղներով, ն/ե թմրամոլների շրջանում, վարակված արյան կամ արյան բաղադրիչների փոխներարկմամբ, երիկամային դիալիզ, ածելիներ փոխանակելով կամ ասեղներից վնասումով:
- Սեռական փոխանցման հավանականությունը խիստ ցածր է, սակայն այն աճում է, եթե վարակի աղբյուրն ունի նաեւ ՄԻԱՎ կամ այլ ՍՎ: Արվամոլների, մարմնավաճառների, բանտարկյալների, դաշվածների եւ գինեմոլների մոտ վարակման տոկոսը բարձր է:
- Մորից՝ մանկան փոխանցումը քիչ է հանդիպում (5% կամ պակաս), մեծ մասամբ՝ HCV-ՌՆԹ դրական կանանց մոտ: Ավելի բարձր տոկոս (մինչեւ անգամ 40%) է գրանցվում, եթե կինը միաժամանակ ՄԻԱՎ եւ HCV դրական է:

### **Ախտորոշում**

#### *Կլինիկական*

- Սուր հեպատիտի ատիպիկ դեպքերում գաղտնի շրջանը տեւում է 4-20 շաբաթ:
- Հիվանդների մեծ մասը (80%) ունենում է անախտանշան սուր վարակ:
- Մինչեւ 20% դեպքերում հիվանդներն ունենում են սուր դեղնուկ: Ֆուլմինանտ հեպատիտը առաջանում է հատկապես հեպատիտ C-ի վիրուսակիրների մոտ, որոնք վարակվում են հեպատիտ A-ով:
- Վարակված անձանց շուրջ 50-85%-ը դառնում է քրոնիկ վիրուսակիր, սովորաբար անախտանշան, սակայն ոմանց մոտ կարող են նկատվել ոչ յուրահատուկ նշաններ (ընդհանուր թուլություն, գլխացավ եւ այլն): Քրոնիկ վիրուսակրությունը ինքնուրույն գրեթե չի վերանում: Ախտանշաններն ավելի բուռն են դրսևորվում խմիչքի չարաշահման կամ լյարդի այլ հիվանդության առկայության դեպքում: Վիրուսակիրների 35%-ի մոտ հևարավոր է լյարդի լուրջ ախտահարում, առանց ամինոտրանսֆերազների մակարդակի ավելացման:

#### *Լաբորատոր*

- Նախապես կատարվում է դիտարկիչ հակամարմինային թեստ (սովորաբար ֆերմենտի կապման իմունոանալիզ, ELISA, HCV-ի մակերեսային սպիտակուցների դեմ հակամարմիններ հայտնաբերելու համար): Դրական պատասխանի դեպքում անհրաժեշտ է այն հաստատել ռեկոմբինացված իմունոբլոթի (ՌԻԲ) հետազոտությամբ: Դիտարկիչ հիւս ԻՖԱ թեստերով կեղծ դրական պատասխանների հաճախակի արձանագրման պատճառով դրանք չպետք է առանձին օգտագործվեն: Նորագույն ԻՖԱ թեստերը (ELISA-3) ավելի քան 95% զգայունություն եւ յուրահատկություն ունեն եւ չեն պահանջում ՌԻԲ-ով հաստատում: Այն հիվանդները, ովքեր ՌԻԲ կամ ELISA-3 դրական են երկու ստուգումներով, 6 ամիս ընդմիջումով, համարվում են քրոնիկ վարակակիրներ:
- Վիրուսային ՌՆԹ-ի հայտնաբերման մոլեկուլային կենսաբանական տեխնիկաները՝ հակադարձ տրանսկրիպտազի պոլիմերազային շղթայական



ռեակցիան (ՅՏ-ՊՇՌ), եւ ճյուղավորված շղթայական ԴՆԹ (ճԴՆԹ), հաստատում են վարակը, սակայն ընդհանուր առմամբ չեն պահանջվում, քանի որ HCV հակամարմինների (ՌԻԲ կամ ELISA-3) հանդեպ դրական 85-95% հիվանդները լինում են նաեւ HCV-ՌՆԹ դրական: HCV-ՌՆԹ թեստավորման համար ցուցումներն ընդգրկում են այն հիվանդներին, ովքեր ունեն հակամարմիններով թեստերի սահմանային դրական պատասխան, եւ ախտորոշման կասկածների դեպքում, օրինակ՝ հաստատելու հեպատիտի հնարավոր բազմաթիվ պատճառների համեմատական մասնակցությունը: ՅՏ-ՊՇՌ եւ ճԴՆԹ թեստերը միշտ չէ, որ հայտնաբերում են HCV-ի բոլոր գենոտիպերը եւ ենթակա են միջլաբորատոր փոփոխականության:

- Սովորաբար դեպքերի 90%-ի մոտ HCV շիճուկաբանական թեստերը դրական են դառնում վարակումից 3 ամիս անց, սակայն երբեմն այդ ժամկետը ձգվում է մինչեւ 9 ամիս: Սակավադեպ, նույնիսկ ՅՏ-ՊՇՌ-ով հաստատված, որոշ վարակակիրներ չեն լինում ԻՖԱ դրական:
- Սուր վարակ - շիճուկում ամինոտրանսֆերազների (ALT եւ AST) մակարդակը բարձրացած է սակայն հազվադեպ ավելի քան 10.000 ՄՄ/լ-ից: Շիճուկում բիլիռուբինը հազվադեպ է ավելի բարձր քան 300 միկրոմոլ/լ: Ալկալին ֆոսֆատազան նորմայի վերին սահմանից կրկնակիից նվազ է, բացի լեղականգով ընթացող դեպքերից: Պրոթրոմբինի ժամանակը երկարացված է մինչեւ 5 վրկ: Ավելի երկարացումները մատնանշում են լյարդի անբավարարության զարգացում:
- Քրոնիկ վարակ - դեպքերի մեծ մասում հայտնաբերվում է ամինոտրանսֆերազների թույլ անկանոնություն (սովորաբար նվազ քան 100 ՄՄ/լ) եւ հիվանդների մեծ մասի մոտ ԼՖՓ-ները լինում են սովորական:

## **HCV հետազոտման ցուցումներ**

### *Սուր դեղնուկի առկայություն*

Շիճուկաբանական թեստերից բացի հարկ է հետազոտել նաեւ ԼՖՓ, պրոթրոմբինի ժամանակը, միզանյութը եւ էլեկտրոլիտները: Եթե հակամարմինային թեստերը բացասական են, պետք է դրանք կրկնել դեղնուկի սկսվելուց 3 եւ 9 ամիս անց, իսկ դեղնուկի առկայության դեպքում, անմիջապես հետազոտել, օգտագործելով ՅՏ-ՊՇՌ: Հարկ է հետազոտել նաեւ հեպատիտ A-ի եւ B-ի նկատմամբ:

### *ՍԿ դիտարկումային հետազոտում*

- բոլոր ն/ե թմրամոլներին, հատկապես եթե փոխանակում են սրսկիչները, արյուն կամ արյան բաղադրիչներ ստացողներին եւ այն անձանց, ովքեր ստացել են ներարկիչների ասեղներից վնասվածքներ, երբ դոնորի HCV ստատուսը դրական կամ անհայտ է:
- HCV դրական անձանց զուգընկերներին, արվամոլներին (հատկապես ՄԻԱՎ-դրական), մարմնավաճառներին, դաջվածներին, գինեմոլներին եւ բանտարկյալներին:

### *Առաջնային կանխարգելում/պատվաստում*

- Խրախուսել պահպանակի օգտագործումը վարակի փոխանցումը նվազեցնելու համար:
- Հետազոտել դոնորական արյունը HCV-ի նկատմամբ:
- Ներդնել թմրամոլների շրջանում ասեղների եւ սրսկիչների փոխանակումը՝ HCV, HBV եւ ՄԻԱՎ վարակների փոխանցումը նվազեցնելու համար:

## **HCV-դրական հիվանդների վարումը**

- Հիվանդներին պետք է արգելվի արյուն, սերմ կամ օրգաններ հանձնել եւ բացատրվի վարակի փոխանցման այլ ուղիների մասին (տես ստորել):
- Հիվանդներին մանրամասն տեղեկացնել իրենց եւ իրենց զուգընկերների

առողջության վրա հիվանդության ազդեցության մասին:

- Հետազոտել այլ սեռավարակների նկատմամբ:
- Մանրամասն հետազոտումները (յարդի բիոպսիա եւ այլն) պետք է կատարվեն վարակաբանների կողմից:

### *Բուժման ցուցումներ*

- Սուր դեղնուկով հեպատիտ. բարձր դեղաչափով ալֆա եւ/կամ բետա-ինտերֆերոնի նշանակում:
- Զրոնիկ վարակ. ալֆա-ինտերֆերոնի 5-10 մլն ա.մ. մ/մ սրսկումները, շաբաթը 3 անգամ, 6-12 ամսով վերացնում են քրոնիկ վարակը շուրջ 20-30% հիվանդների մոտ: Թիմոզին ալֆա-1-ը ինտերֆերոնի հետ համակցմամբ բավականին խոստումնալից է: Հիվանդներին ավելի արդյունավետ է ինտերֆերոնը եթե՝
  - ունեն նվազ ծանրության հիվանդություն (ֆիբրոզի ցածր ցուցիչ յարդի բիոպսիայով հաստատված).
  - շիճուկում HCV-ՌՆԹ-ն ցածր աստիճան (նվազ քան 2 մլն ՌՆԹ պատճեն/մլ).
  - վարակվել են HCV տիպ1-ից այլ գենոտիպով կամ եթե դարձել են HCV-ՌՆԹ-բացասական, բուժումն սկսելու 4 շաբաթվա ընթացքում:
- Բուժումը ծախսարդյունավետ է: ՄիԱՎ-դրական անձանց բուժումն արդյունավետ է, հատկապես եթե CD4+ լիմֆոցիտների քանակը բարձր է (լավագույն դեպքում ավելի քան 500 բջիջ/մմ<sup>3</sup>):
- Պարզ չէ, թե բնականոն ԼՖՓ-ով (2 առիթներով հետազոտված) քրոնիկ վարակով անձանց պետք է բուժել, թե ոչ: Եթե առկա է բիոպսիայով հաստատված յարդի ախտահարում, հնարավոր է, որ բուժումն արդյունավետ լինի, սակայն ավելի պակաս, քան այն հիվանդները, ովքեր ունեն անկանոն ԼՖՓ:
- Հեպատիտ C վիրուսակիրներին պետք է առաջարկվի հեպատիտ A-ի (ևսեւ B-ի եթե առկա են ռիսկի գործոններ) պատվաստում: Նրանք պետք է տեղեկացվեն ալկոհոլի օգտագործումից յարդի վնասման բարձր ռիսկի մասին:

### **Հատուկ իրավիճակներ**

#### *Հղիություն եւ ստնտվություն*

- Կանայք պետք է տեղեկացվեն հղիության ընթացքում վարակի փոխանցման վտանգի մասին (տես՝ փոխանցում):
- Ստնտվությամբ փոխանցելու վտանգի մասին ստույգ փաստարկներ չկան, բացի HCV վիրուսային բարձր ծանրաբեռնվածությամբ (ավելի քան  $2.5 \times 10^8$  ՌՆԹ պատճեն/մլ) ընթացող դեպքերից:

### **Չուզընկերների վարում**

- Չուզընկերների հայտնաբերումը կարելի է հետագա խորհրդատվություն եւ հսկողություն սահմանելու համար:
- Թեստավորել վարակակիր զուգընկերուհուց ծնված երեխաներին:

### **Հսկողություն**

- Սուր վարակի դեպքում հաճախակի հետազոտել ԼՖՓ (շաբաթական 1-4 անգամ) մինչեւ բնականոնացումը: Զրոնիկ վարակի հնարավորության տեսանկյունից, հակա-HCV կամ ՀՏ-ՊՇՌ-ն պետք է կրկնվեն 6 ամիս անց, նույնիսկ բնականոն ԼՖՓ-ի դեպքում:
- Բուժում չստացած քրոնիկ վարակակիրները պետք է կանոնավոր կերպով հետազոտվեն առնվազն տարին մեկ անգամ:

## Բալանսպոսթիտների վարման ուղեցույց

Բալանսպոսթիտը առանհամի գլխիկի եւ/կամ թլիփի բորբոքումն է: Առաջացման պատճառներն են տարբեր վարակները (սնկեր, անաէրոբներ եւ այլն), զանազան մաշկախտերը (պսորիազ, սեբորեա, կարմիր տափակ որքին եւ այլն), երբեմն էլ ֆիզիոլոգիական վիճակները (ճարպագեղձերի գերաշխատանք): Բալանսպոսթիտի պատկեր կարող են առաջացնել որոշ ներէպիթելային նորագոյացությունները (նախաքաղցկեղային վիճակներ), որոնցից են կլինիկական դրսեւորմամբ ու ընթացքով իրարից տարբերվող Բոււենի հիվանդությունը (ԲՅ) եւ Բոււենտիդ պապուլոզը (ԲՊ):

### ՍՆԿԱՅԻՆ (ԿԱՆԴԻԴԱՅԻՆ) ԲԱԼԱՆԻՏ/ԲԱԼԱՆՈՊՈՍԹԻՏ

#### Ախտորոշում

##### *Կլինիկական*

- Առանհամի գլխիկի եւ կամ թլիփի կարմրություն, այտուցվածություն, թրմածություն, որոնք ուղեկցվում են քերծվածքներով եւ քորով:
- Չնարավոր են թրմած տեղամասերի հյուսվածքային մանր շերտազատումներ:
- Թլիփի տակ կուտակվում է սպիտակավուն արտադրուկ:

##### *Լաբորատոր*

- Վերցված նյութի (քերուկ) մանրադիտում 10-40% KOH-ի լուծույթով մշակումից հետո:

#### Վարումը

##### *Ընդհանուր քնույթի*

- Լվացումներ կերակրի աղի լուծույթով:
- Ստուգել արյան գլուկոզայի քանակը (շաքարախտի դեպքում կանդիդային ախտահարումների հավանականությունը խիստ բարձրանում է):
- Առաջարկել զուգընկերոջ հետազոտում եւ բուժում:

##### *Բուժման տարբերակներ*

- Իմիդագոլի քուլքներ (կլոտրիմազոլ, միկոնազոլ, էկոնազոլ, կետոկոնազոլ) օրը 1-2 անգամ, 7 օր:
- Նիստատինի 100.000 միավոր/գ քուլք:
- Իմիդագոլի եւ ստերոիդ քուլքների խառնուրդ՝ օրը 2 անգամ, եթե առկա է բուռն (էկզեմատիզացված) բորբոքվածություն:
- Ֆլուկոնազոլ 150 մգ, միանվագ խմելու՝ համառ ընթացքով դեպքերում կամ շաքարախտի առկայության ժամանակ:

##### *Չետրուժական հսկողություն*

Եթե հիվանդությունը հակված է կրկնվելու, հարկավոր է բացառել այն բոլոր գործոնները, որոնք առաջ են բերում են կանդիդայի տարածումը.

- Շաքարախտ
- Լայն սպեկտրի հակաբիոտիկների կիրառում
- Ցանկացած ախտածնության իմունային անբավարարություն (ստերոիդների կիրառում, քիմիոթերապիա, ՄԻՎՎ վարակ, եւ այլն):

**Նշում՝** սնկային բալանոպոսթիտը երբեմն ուղեկցվում է սնկիկներից առաջացած միզուկաբորբով:

## **Բակտերիային բալանոպոսթիտներ**

### **Ախտորոշումը**

#### *Կլինիկական*

- Բակտերիային բալանոպոսթիտները արտահայտվում են տարբեր ձևով՝ նվազագույն կարմրածությունից մինչև թեփոտվածություն և այտուցվածություն: Մեծ մասամբ ուղեկցվում են քորի և այրոցի զգացումներով: Ոմանք նշում են անդուր հոտի առկայություն, որն առավել արտահայտիչ է դառնում օճառով լվացվելիս (հիմնային ռեակցիա)՝ «նեխած ձկան» հոտ:

**Նշում.** Որոշ դեպքերում հևարավոր են առնանդամի գլխիկի ու մաշկի քերծվածություններ, աճուկային լիմֆադենիտ: Սա կոչվում է էռոզիվ բակտերիային բալանոպոսթիտ, որի հարուցիչներն են անաերոբ միկրոօրգանիզմները՝ սպիրոխետների որոշ տեսակներ: Առավելապես հանդիպում է տաք կլիմայական երկրներում:

#### *Լաբորատոր*

- Ախտահարված մակերեսից քերուկի մանրադիտակային զննում՝ ստրեպտոկոկների, ստաֆիլոկոկների, գարդներելայի, կորինեբակտերիայի հայտնաբերման համար:
- Ախտաբանական նյութի հետազոտում՝ տրիքոմոնիազը ժխտելու համար:

#### *Բուժում*

- Կախված է լաբորատոր հետազոտման արդյունքից:
- Ստրեպտաստաֆիլակոկային բալանոպոսթիտի դեպքում՝ էրիթրոմիցինի 0,5%, գենտամիցինի 1% քուլք օրը 2 անգամ՝ 1 շաբաթ:
- Կորինեբակտերիային բալանոպոսթիտի դեպքում՝ էրիթրոմիցինի 5% քուլք, օրը 2 անգամ, 1 շաբաթ:
- Գարդներելային բալանոպոսթիտի դեպքում՝ մետրոնիդազոլի կամ կլոտրիմազոլի քուլք, օրը 2 անգամ, 7 օր:

**Նշում.** բակտերիալ բալանոպոսթիտները հաճախ ուղեկցում են միզուկաբորբերին, հետեւաբար տվյալ անձանց հարկ է հետազոտել և լրացուցիչ բուժում նշանակել համապատասխանաբար (տես՝ միզուկաբորբերի վարման ուղեցույցը):

## **ՍԱԿԱՎ ՀԱՆԴԻՊՈՂ ԲԱԼԱՆԻՏՆԵՐ/ԲԱԼԱՆՈՊՈՍԹԻՏՆԵՐ ՔԵՅՐԱՅԻ ԷՐԻԹՐՈՊԼԱՉԻԱ**

### **Ախտորոշում**

#### *Կլինիկական*

- Տիպիկ դրսևորումը. կարմիր, թավշանման հստակ եզրագծերով մեկ կամ ավելի օջախներ առնանդամի գլխիկի վրա: Դասվում է նախաքաղցկեղային հիվանդությունների շարքը: Չբուժելու դեպքում վերածվում է եղջրաբջջային կարցինոմայի:

#### *Լաբորատոր*

- Բիոպսիա:

#### *Բուժումը*

- Վիրահատական
- Լազերային հատում
- Կրիոթերապիա

*Չուզընկերների վարում*  
Չի պահանջվում

*Ետքուժական հսկողություն*

Տարեկան առնվազն մեկ անգամ պարտադիր է, քանի որ հավանական է կրկնվելու վտանգը:

**ՇՐՋԱՆԱԶԵՒ ԲԱԼԱՆԻՏ**

**Ախտորոշում**

*Կլինիկական*

- Տիպիկ դրսևորումը. առնանդամի գլխիկի վրա մոխրասպիտակավուն բծեր, որոնց միաձուլումը առաջացնում է սպիտակ եզրագծերով, մեջտեղում կարմրավուն, բորբոքված «աշխարհագրական» օջախներ: Այս բալանիտը կարող է ուղեկցել նաև Ռեյթերի համախտանիշին:

*Լաբորատոր*

- Չետազոտում քլամիդիայի նկատմամբ:

*Բուժումը*

- Ստերոիդային քսուրների կիրառում
- Պատճառ հանդիսացող վարակի բուժում

*Չուզընկերների վարում*

Եթե ախտորոշվել է ՍՎ, ապա գուզընկերներին հարկավոր է բուժել համապատասխան ուղեցույցերով:

*Ետքուժական հսկողություն*

Պահանջվում է, եթե ախտանշանները տեսական բնույթ են կրում եւ/կամ կապված են ՍՎ-ների հետ:

**ԱԼԵՐԳԻԿ ԵՒ ԳՐԳՈՒՉ ՆՅՈՒԹԵՐԻՑ ԱՌԱՋԱՑԱԾ ԲԱԼԱՆԻՏՆԵՐ**

**Ախտորոշում**

*Կլինիկական*

- Տիպիկ դրսևորումը. արտահայտվում է թեթևակի երիթեմայից մինչև տարածված բորբոքվածությամբ եւ այտուցով:
- Ախտանշանները կապված են ալերգիայի, դեղորայքի ընդունման (տեղային կամ ընդհանուր), որոշակի գրգռիչ նյութերի տեղային կիրառման հետ (սպերմիցիդներ, յուղայնացնողներ, օժանելիքներ, օճառներ եւ այլն): Դեղորայքային բալանիտը, որը սովորաբար առաջանում է սուլֆանիլամիդների, տետրացիկլինի, սալիցիլատների կամ այլ դեղամիջոցների ներքին ընդունումից, կոչվում է դեղորայքային սեւեռուն երիթեմա: Երբեմն միաժամանակ ախտահարվում են լորձաթաղանթներն ու մաշկը:
- Չարկ է զննել բերանի խոռոչի լորձաթաղանթը եւ աչքի շաղկապենին:

*Լաբորատոր*

- Ալերգենի հայտնաբերման փորձերը օգտակար են այն մարդկանց համար, ում մոտ ալերգիայի կասկած կա:

*Բուժումը*

- Խուսափել գրգռիչ նյութերի օգտագործումից:
- Ստերոիդային քսուրների կիրառում:

- Հակահիստամինային դեղամիջոցների ընդունում:

*Չուզընկերների վարում*

Չի պահանջվում: Սակայն եթե պատճառը զուգընկերոջ կողմից բեղմնականիման կամ կոսմետիկ նպատակով տեղային գրգռիչ նյութերի օգտագործումն է, ապա հարկավոր է կազմակերպել համատեղ խորհրդատվություն:

## **ՅՈՒՐԱՅԱՏՈՒԿ ՎԱՐԱԿՆԵՐԻ ՎԱՐՈՄ**

### **ՔՈՍԻ ՎԱՐՄԱՆ ՈՒՂԵՑՈՒՅՑ**

Քոսի փոխանցումը տեղի է ունենում մարմնական սերտ շփման արդյունքում, երբեմն նաեւ վարակված հագուստի եւ/կամ անկողնու եւ անկողնային պարագաների միջոցով:

Վարակումից կարճ ժամանակ անց տղերը խրվում են մաշկի եղջրաշերտի մեջ:

#### **ԱԽՏՈՐՈՇՈՒՄ**

##### **Կլինիկական**

- Հիմնական գանգատը քորն է, որն առաջանում է տղերի արտաթորանքից առաջացած գերզգայունությունից (տեղային եւ/կամ տարածուն): Քորի զգացումը սովորաբար արտահայտվում է վարակվելուց 2-6 շաբաթ անց: Հաջորդ վարակման դեպքում այն վերսկսվում է 1-4 օր անց, ի հաշիվ օրգանիզմում առկա գերզգայունության:
- Հետագոտումը բացահայտում է զույգերով դասավորված կետիկային կամ հանգուցիկային ցանավորում, որոնց միջեւ հաճախ նկատելի է քոսային ուղին: Բնորոշ տեղերն են՝ ձեռքերի միջմատային ծալքերը, իրանի կողմնային մակերեսները, բազկի, արմնկային հոդի տարածիչ մակերեսները, կանանց հարպտկային շրջանները, առնանդամի եւ փոշտի մակերեսը:
- Երեխաների մոտ ընդգրկվում է նաեւ դեմքը, կարող են ախտահարվել նաեւ ափերն ու ներբանները:
- Որոշ դեպքերում քոսը կարող է բարդանալ երկրորդային պիոդերմայով:

##### **Հետագոտում**

- Ցանկից վերցված մաշկի քերուկի ուղղակի մանրադիտակային զննում՝ տղերի հայտնաբերման նպատակով:

#### **ՎԱՐՈՄ**

Այլ սեռավարակների նկատմամբ ստուգումը խրախուսվում է:

##### **Առաջարկվող բուժման եղանակները**

Բուժման եղանակի ընտրությունը պայմանավորված է ներգործության արդյունավետությամբ, տոլերանտությամբ եւ գնի մատչելիությամբ: Դեղանյութերը քսել ամբողջ մարմնի մակերեսին եւ նշված ժամկետի ավարտից հետո ընդունել լոզանք, փոխելով հագուստը:

- 5% պերմեթրին՝ մեկ անգամ, 8-12 ժամ տեւողությամբ: 5 տարեկանից ցածր երեխաների համար՝ 2,5% պերմեթրին:
- 20-25% բենզիլ բենզոատի էմուլսիա՝ 2 օր անընդմեջ՝ կրկնելով 5 եւ 6-րդ օրը: Երեխաների համար նշանակել 10% բենզիլ բենզոատ:
- Ծծումբի 33% (երեխաներին՝ 10%) քուլքները արդյունավետ են, էժան եւ անվտանգ, սակայն աղտոտում է հագուստը: Օգտագործվում են վերոհիշյալ ձեւով:

##### **Հավելյալ տեղեկություն բուժման վերաբերյալ**

- Բուժման կարգ՝ հիվանդները պետք է տեղեկացվեն դեղորայքի օգտագործման ձեւի մասին: Մշակվում է ամբողջ մաշկը, ստորին ծնոտից ցած, ընդգրկելով բոլոր ծալքերը, շեքը, պորտը, արտաքին սեռական օրգանները եւ եղունգների տակը: Երեխաների դեմքի եւ գլխի մաշկը նույնպես պետք է մշակել (նորածիններին վարակը կարող է փոխանցվել շփման միջոցով՝ կրծքով

կերակրելու ժամանակ):

- Հիգիենիկ միջոցներ՝ բուժումն ավարտելուց հետո օգտագործել մաքուր սպիտակեղեն եւ հագուստ: Վարակված հագուստը եւ սպիտակեղենը, հնարավորության դեպքում պետք է լվալ բարձր ջերմաստիճանի տակ կամ առանձնացնել՝ առնվազն 72 ժամ (դա այն ժամանակահատվածն է, որի ընթացքում, մարդու մարմնից առանձնացված տզերը ոչնչանում են):

#### **Հղիություն/կրծքով կերակրում**

- Պերմեթրինը, բենզիլ բենզոատը եւ ծծումբը անվտանգ են հղիության եւ կրծքով կերակրելու ժամանակ:

#### **Հսկողություն**

- Հիվանդներին պետք է բացատրել, որ հնարավոր է բուժումից հետո ժամանակավորապես քորի պահպանում:

Քորի մեղմացման նպատակով կարելի է կիրառել տեղային ստերոիդներ, հակահիստամինային դեղանյութեր կամ քորը մեղմացնող այլ տեղային միջոցներ:



## Ցայլքի ոչլուտության վարման ուղեցույց

### Ախտորոշում

#### *Կլինիկական*

- Անիծ եւ/կամ ոչիլ մազի վրա
- Քորվոդ կարմիր հանգուցիկներ
- Կապտավուն բծեր (հատկապես որովայնի ստորին հատվածում եւ ազդրերի վրա):

#### *Լաբորատոր*

- Անիծների եւ ոչիլների մանրադիտակային հայտնաբերում (կասկածի դեպքում):

### Վարում

#### *Ընդհանուր*

Այլ սեռավարակների նկատմամբ ստուգումը խրախուսվում է:

### Առաջարկվող բուժման եղանակներ

- 5% պերմեթրինը կիրառել թրջած մազերի վրա, մաքրել 10 րոպե անց:
- Վարակազերծել սպիտակեղենը/հագուստը:
- Անհրաժեշտության դեպքում բուժումը կարելի է կրկնել մեկ շաբաթ անց:

### Հատուկ իրավիճակներ

#### *Հղիություն/կրծքով կերակրում*

- Պերմեթրինն անվտանգ է հղիության եւ կրծքով կերակրում ժամանակ:

#### *Ոչիլ թարթիչների վրա*

- Թարթիչներին քսել վազելին թողնելով 8-10 ժամ, օրը՝ 2 անգամ, 8-10 օր (ընթացքում ոչլազերծել ունելիով):
- 5% պերմեթրինով բամբակը դնել աչքերին եւ լվանալ 10 րոպե անց (պերմեթրինը չի գրգռում աչքերը, սակայն նախընտրելի է կոպերը փակ պահել բուժման ընթացքում):

### Կոնտակտների վարում

Շփման մեջ եղած անձինք պետք է բուժվեն հիվանդի հետ միաժամանակ:

### ՀԵՏԱԳԱ ՀՍԿՈՂՈՒԹՅՈՒՆ

- Մեկ կամ երկու շաբաթ անց նորից ստուգել ոչլի առկայությունը:
- Հիվանդներին բացատրել, որ սատկած անիծները կարող են մնալ մազերի վրա եւ հեռացնելու կաիրք չկա :

## Միզուկաբորբերի վարման ուղեցույց

### ՆԵՐԱԾՈՒԹՅՈՒՆ

Տղամարդկանց մոտ միզուկաբորբը բնորոշվում է միզուկից արտադրությամբ ել/կամ դիզուրիայով: Կարող է լինել ֆիզիոլոգիական արտադրություն միզուկից, ինչպես նաև միզուկաբորբ առանց միզուկից տեսանելի արտադրության: Հարկ է նշել, որ նույնիսկ տեսանելի արտադրություն ունեցող որոշ հիվանդներ կարող են չնկատել իրենց հիվանդությունը:

Միզուկաբորբի ախտորոշումը պետք է հաստատվի առաջնային միզուկում բազմակորիզ էլյոցիտների քանակի ավելացմամբ (միզուկային քսուկի կամ մեզի առաջնային շիթի քննություն): Միզուկաբորբը համարվում է գոնոկոկային վարակ, եթե հայտնաբերվում է *N. gonorrhoeae*, եւ ոչ գոնոկոկային (ՈԳՄ)՝ եթե գոնոկոկ չի հայտնաբերվում: ՈԳՄ-ի դեպքերի մեծ մասը պայմանավորված է քլամիդիայով: Այն դեպքերը, երբ առկա չեն ոչ քլամիդիա եւ ոչ էլ գոնոռեա, դիտարկվում են որպես ոչ գոնոկոկային, ոչ քլամիդիային միզուկաբորբեր կամ ավելի հակիրճ՝ ոչ յուրահատուկ միզուկաբորբ (ՈՅՄ):

### Կարելություն

- Միզուկաբորբը բարձրացնում է սեռական հարաբերության ժամանակ ՄԻԱՎ-ի փոխանցման ել/կամ ձեռքբերման վտանգը:
- Միզուկային արտադրության հարուցիչները, մասնավորապես գոնոկոկը եւ քլամիդիան կանանց մոտ հաճախ անպտղություն պատճառ են հանդիսանում:
- Միզուկաբորբը կարող է առաջացնել այնպիսի բարդություններ, ինչպիսիք են սեռականորեն ձեռքբերված ռեակտիվ արթրիտը, իսկ հետին միզուկի ընդգրկման դեպքում՝ նաև մակամորձու եւ շագանակագեղձի բորբոքումները:

### Պատճառագիտություն

- *N. gonorrhoeae*
- Ոչ գոնոկոկային միզուկաբորբերի դեպքում (ՈԳՄ)
  - 30-50% դեպքում հարուցիչն է *C. trachomatis*-ը
  - *Ureaplasma urealyticum*-ը եւ *Mycoplasma genitalium*-ը առաջացնում են ՈԳՄ եւ կազմում ընդհանուր դեպքերի 10-20%-ը՝ համապատասխանաբար:
- Այլ հարուցիչներ ավելի հազվադեպ են հանդիպում: ՈԳՄ-ի 1-17% դեպքերում հայտնաբերվում է հեշտոցային տրիքոմոնիազ: *Neisseria meningitidis*-ով, հասարակ հերպեսի վիրուսով, *Candida sp.*-ով, միզային համակարգի բակտերիալ վարակով, միզուկի լուսանցքի նեղացումով եւ օտար մանրէներով կարող են պայմանավորված լինել դեպքերի միայն փոքր մասը (10%-ից պակաս): Չի բացառվում հնարավոր կապը բակտերիալ վագինոզի հետ:

### ԱԽՏՈՐՈՇՈՒՄ

#### *Կլինիկական ախտանշաններ*

- Ուրեթրալ արտադրություն
- Դիզուրիա
- Առնանդամի գրգռվածություն

#### *Կլինիկական նշաններ*

- Արտադրությունը կարող է հայտնվել միայն միզուկի մերսման դեպքում:
- Բալանոպոսթիտ. հայտնի չէ արդյոք սա դիստալ ուրեթրիտի ոչ սպեցիֆիկ պատճառ է, թե ուրեթրիտի նշան, կամ թե երկուսը միասին:
- Մակամորձու բորբոքում:

## **Բարդությունները**

Առավել հաճախ պայմանավորված են գոնոկոկով կամ քլամիդիայով:

- Մակամորձու, ամորձու բորբոքում;
- Սեռականորեն ձեռքբերված ռեակտիվ հողաբորբ;
- Ռեյտերի համախտանիշ:

Արտադրությունից, դիզուրիայից գանգատվող տղամարդկանց պետք է մանրամասն զննել արտադրության առկայության կապակցությամբ: Չերեւալու դեպքում՝ հիվանդը մերսում է միզուկը՝ առանհամի սկզբից դեպի միզուկի բացվածքը:

## **Լաբորատոր հետազոտություններ**

*Մանրադիտակային հետազոտության հնարավորություն.*

Տղամարդկանց մոտ միզուկաբորբի ախտորոշումը պետք է հաստատվի առաջնային միզուկում բազմակորիզ լեյկոցիտների առկայությամբ: Միզուկից քսուքի կամ մեզի առաջնային շիթի քննությունը հետազոտման վստահելի մեթոդ է: Երկու թեստով էլ կարելի է ճշտել հիվանդության առկայությունը:

- Գրամի մեթոդով մշակված քսուքը, որի մեջ կան 5 կամ ավելի լեյկոցիտներ, x1000 մանրադիտակային դաշտում (միջինում ավելի քան հինգ դաշտում) եւ/կամ
- Գրամի մեթոդով մշակված մեզի առաջնային շիթի նմուշի տարբերակումը, որի մեջ առկա են 10 կամ ավելի լեյկոցիտ, x1000 մանրադիտակային դաշտում (միջինում՝ ավելի քան հինգ դաշտում):

**Վերոհիշյալ թեստերի ճշգրտությունը կախված է այն բանից, թե վերջին անգամ երբ է միզել այցելուն: Սովորաբար պահանջվում է, որ նա միզած չլինի 3 ժամվա ընթացքում:**

- Գոնոռեան ժխտելու նպատակով՝ Գրամի մեթոդով մշակված Գրամ բացասական դիպլոկոկի առկայության հետազոտությունը:

## ***Մանրադիտակային հետազոտության անհնարինության դեպքում***

- Չննելիս՝ լորձաթարախային կամ թարախային արտադրություն, կամ
- լեյկոցիտար էսթերազայի դրական թեստը մեզի առաջնային շիթի նմուշում, կամ՝
- Մեզի երկու բաժանակի դրական թեստ. այցելուին առաջարկվում է ամբողջովին հետ տանել թլիփը եւ միզել երկու մաքուր բաժակի մեջ. առաջինում՝ 10-20 մլ, իսկ երկրորդում՝ մնացած մեզը: Մեզը պղտորող ֆոսֆորի բյուրեղները լուծելու համար մի քիչ ավելացնել 5%-ոց քացախաթթու: Առաջային միզուկի վարակի դեպքում առաջին բաժակի մեզի պղտորությունը կմնա՝ պայմանավորված թարախային բջիջների, թելիկների կամ փաթիլների առկայությամբ, իսկ երկրորդ բաժակի պարունակությունը կպարզվի: Եթե երկու բաժակներում էլ մեզը պղտոր է, ապա վարակը թափանցել է նաեւ հետին միզուկ, միզապարկ կամ երիկամներ: Սա ամենայն հավանականությամբ վկայում է միզային համակարգի բակտերիալ վարակի մասին, որը կարող է լինել ծանր միզուկաբորբի նշան՝ հաճախ պայմանավորված գոնոռեայով: Երբեմն էլ այցելուն մոռանում է միզել երկու բաժակներում եւ մեզը լցնում է մեկ բաժակից մյուսի մեջ:

Թե՛ լեյկոցիտար էսթերազայի եւ թե՛ երկու բաժանակի մեզի թեստերը առավել քիչ զգայունություն ունեն մանրադիտակային քննության համեմատ, ուստի մանրադիտակային հետազոտության հնարավորության դեպքում տեւական ՈԳՄ-ի ախտորոշման նպատակով խորհուրդ չի տրվում դրանց իրականացումը եւ նրանց վրա հիմնված եզրակացությունը :

*Ախտանշաններ կրող այցելուներ, որոնց մոտ միզուկաբորբ չի հայտնաբերվել.*

- պետք է կրկնել հաստատող քննությունը, որից առաջ հիվանդը պետք է միզած

- չլինի գիշերվա ընթացքում.
- այս հիվանդների էմպիրիկ բուժումը ցուցված է, բացառությամբ հետեւյալ դեպքերի՝
  - վարակման բարձր ռիսկ
  - կա մեծ հավանականություն, որ հիվանդը չի գա կրկնակի հետազոտության:

*Չավելյալ քննություններ՝ հնարավորության դեպքում.*

- Միզուկային ցանքս՝ N. gonorrhoeae-ի համար
- Յետազոտել նաեւ C. trachomatis-ի համար
- Միզուկային ցանքս՝ տրիքոմոնիազի համար
- Խոցերի առկայության դեպքում՝ տես խոցերով ուղեկցվող ՍԿ-ներ:

## **ՎԱՐՈՒՄ**

### **Ընդհանուր խորհուրդներ**

*Անհրաժեշտ է քննարկել հետեւյալը՝*

- միզուկաբորբի եւ դրա առաջացման պատճառները, հատուկ շեշտելով, թե բուժում չստանալու դեպքում՝ ինչպես այն կանդրադառնա այցելուի եւ նրա զուգընկերոջ (զուգընկերների) առողջական վիճակի վրա.
- բուժման կողմնակի ազդեցությունների մասին, նշանակված բուժումը լիարժեք կատարելու մասին, եւ ինչ անել, եթե այցելուն մոռացել է կամ չի ընդունել մեկ չափաբաժին.
- զուգընկերների վիճակի գնահատման եւ բուժման կարելիությունը.
- սեռական ժուժկալություն՝ մինչեւ բուժման ավարտը.
- անվտանգ սեռական վարքագիծ:

### **Բուժում**

Եթե գոնոռեայի ախտորոշումը միանշանակ բացառվել է լաբորատոր թեստով, արտադրություն ունեցող այցելուի բուժումը պետք է ընդգրկի.

- Առանց բարդությունների գոնոռեայի բուժման թերապիա եւ
- ՈԳՄ-ի թերապիան (ընդունում քլամիդիալ վարակի բուժումը) եւ
- Յեշտոցային տրիքոմոնիազի բուժման դիտարկումը:

Առանց բարդությունների գոնոռեայի դեպքում խորհուրդ է տրվում բուժման հետեւյալ ռեժիմը.

- Ցիպրոֆլոքսացին 500 մգ, գումարած ՈԳՄ-ի բուժում (տես ստորել)
- Գոնոռեայի բուժման համար կարող են ընտրվել տարբեր հակաբիոտիկներ՝ կապված նրանց նկատմամբ կոլտուրայի զգայունությունից:

N. gonorrhoeae այլընտրանքային բուժման ռեժիմ

- 250 մգ ցեֆտրիաքսոն, մ/մ
- 400 մգ ցեֆիքսիմ
- ամոքսիցիլին+կլավուլանատ 3 գ եւ 1 գ պրոբենիցիդ:

Որպեսզի կայունություն չստեղծվի ցեֆտրիաքսոնի եւ ցեֆիքսիմի նկատմամբ, նպատակահարմար է դրանք օգտագործել այն դեպքում, երբ առկա են հետբուժական հսկողություն իրականացնող բժշկական հաստատություններ:

### ***ՈԳՄ-ի բուժման ռեժիմներ***

- 100 մգ դոքսիցիկլին՝ օրը երկու անգամ, 7 օր
- 1 գ ազիթրոմիցին, խմելու, միանվագ:

### *ՈԳՄ այլընտրանքային բուժման ռեժիմներ*

- 500 մգ Էրիթրոմիցին, օրական 4 անգամ, 7 օր
- 200 մգ օֆլոքսացին, օրական 2 անգամ կամ 400 մգ՝ օրական մեկ անգամ, 7 օր
- 500 մգ տետրացիկլին, օրական 4 անգամ, 7 օր:

### *T. vaginalis բուժման ռեժիմներ*

- 2 գ մետրոնիդազոլ, խմելու, միանվագ:

Ուշադրություն. Մետրոնիդազոլ ընդունող հիվանդներին պետք է նախազգուշացնել, որ չի կարելի ակոհոլ օգտագործել:

### *Բուժման հարմարվելը*

Բուժմանը հարմարվում են, երբ՝

- Չիվանդի եւ բժշկի միջեւ հաստատվում են դրական փոխհարաբերություններ եւ կա համաձայնություն բուժման վերաբերյալ
- Դեղերի ընդունումը չի գերազանցում օրական 2 անգամը
- Բուժման կողմնակի ազդեցությունները շատ չեն
- Բուժումը նվազագույն չափով է անդրադառնում հիվանդի առօրյայի վրա:

### **ՉՈՒԳՐՆԿԵՐՆԵՐԻ ՎԱՐՈՒՄԸ**

Անհրաժեշտ է ստուգել վարակման վտանգի ենթակա բոլոր սեռական զուգընկերներին եւ առաջարկել բուժում: Չարկավոր է պահպանել գաղտնիություն՝ բացահայտված զուգընկերների հարցում: Գանգատներ ունեցող տղամարդկանց դեպքում՝ պետք է նկատի առնել այն զուգընկերներին, որոնց հետ հարաբերվել է գանգատների ի հայտ գալուց 4 շաբաթ առաջ, իսկ անախտանշան դեպքերում՝ մինչեւ 6 ամիս:

Բուժման ռեժիմը պետք է լինի այնպիսին, ինչպես առանց բարդությունների *C. trachomatis* վարակի դեպքում: Այն պետք է ընդգրկի նաեւ գոնոռեայի համար նախատեսված բուժումը, եթե նման բուժում նշանակված է զուգընկերոջ համար:

### **ՀՍԿՈՂՈՒԹՅՈՒՆ ԲՈՒԺՈՒՄԻՑ ՀԵՏՈ**

Հետբուժական շրջանում հիվանդների վերահսկումը «միզուկային արտադրության» վարման կարելու պայմաններից է եւ պետք է իրականացվի բուժումն սկսելուց 7-14 օր հետո: Սակայն որոշ այցելուներ կարող են այլևս չայցելել բժշկին՝ բավարարվելով նախնական խորհրդատվությամբ: Հետագա այցը ունի հետեւյալ խնդիրները.

- Ճշտել, թե արդյոք զուգընկերը տեղեկացվել է հիվանդության մասին եւ ինչ քայլեր են ձեռնարկվել
- Այցելուի լուսաբանումը առողջապահական խնդիրների շուրջ
- Այցելուին եւս մեկ անգամ վստահեցնել դրական ակընկալիքների վերաբերյալ
- Գնահատել բուժման համապատասխանությունը եւ արդյունավետությունը
- Կատարել քսուքի կրկնակի հետազոտություն եւ ՄԱՇ նմուշ՝ տեւական միզուկաբորբի (բուժման թեսթ) առկայությունը պարզելու համար:

### **ՏԵՎԱԿԱՆ /ԿՐԿՆՎՈՂ ՄԻՉՈՒԿԱԲՈՐԲ**

Տեւական կամ կրկնվող ախտանշանները կամ արտադրությունը կարող են կապված լինել՝

- Ոչ համապատասխան բուժման հետ
- Կրկնակի վարակի հետ
- Կայուն շտամներ ունեցող *N. gonorrhoeae* վարակի հետ
- *T. vaginalis*-ի վարակի հետ
- Իդիոպատիկ՝ հաճախ պատճառը հնարավոր չէ պարզել

- Չկան ապացույցներ այն մասին, որ տեւական/կրկնվող ՈԳՄ ունեցող տղամարդկանց կին զուգընկերների մոտ մեծանում է ԿԲՀ-ի ռիսկը, եթե նրանք ստացել են համապատասխան բուժում:
- Միայն հազվադեպ դեպքերում է տեւական/կրկնվող ուրտերիտը պայմանավորված տեւական քլամիդիային վարակով, եթե այցելուն եւ իր զուգընկերները ստացել են համապատասխան բուժում:

**Կարելու է, որ գոնոռեայի հետ միասին ճշտորեն ախտորոշվի եւ բուժվի տեւական վարակը:**

**Տեւական/կրկնվող միզուկաբորբի ախտորոշումը**

Անհրաժեշտ է կիրառել ախտորոշիչ թեստեր միայն այն դեպքում, եթե.

- հիվանդը ունի ախտանշաններ կամ
- զննման ժամանակ հիվանդի մոտ առկա է նկատելի արտադրություն կամ
- հիվանդը ունի գոնոկոկային միզուկաբորբ:

*Մանրէաբանական քննություն*

- Վարել ինչպես «միզուկային արտադրության» դեպքում (տես վերը).
- եթե միզուկաբորբի օբյեկտիվ ախտանշաններ չեն հայտնաբերվել, հարկավոր է վերցնել քսուք վաղ առավոտյան, բացասական պատասխանի դեպքում հիվանդին տեղեկացնել այդ մասին:

*Մանրէաբանական քննության բացակայության դեպքում՝*

- Վարել ինչպես «միզուկային արտադրության» դեպքում, տես վերը

**Տեւական/կրկնվող միզուկաբորբի վարումը**

- Պետք է բացառել տեւական գոնոռեան: Եթե մանրէաբանական հետազոտությունը հնարավոր չէ, այցելուին պետք է ուղարկել լաբորատոր հետազոտության:
- Համոզվեք, որ այցելուն ստացել է բուժման նախնական կուրսը, հակառակ դեպքում՝ դիտարկեք նախնական բուժման կրկնությունը:
- Համոզվեք, որ սեռական զուգընկերները բուժվել են եւ դրա պատճառը կրկնակի վարակը չէ:
- Եթե այցելուն չունի ախտանշաններ եւ եթե բացառվել են քլամիդիան եւ գոնոռեան, նրան պետք է տեղեկացնել այդ մասին

**Բուժումը**

- 500 մգ Էրիթրոմիցին, օրական 4 անգամ, 2 շաբաթ եւ
- Մետրոնիդազոլ 2 գ միանվագ կամ 400 մգ մետրոնիդազոլ օրական երկու անգամ՝ 5 օր շարունակ:
- Գոնոռեայի շարունակման դեպքում հակաբիոտիկի ընտրությունը պետք է հիմնված լինի զգայունության թեստի տվյալների վրա:
- Հակաբիոտիկի նկատմամբ կայունության զարգացումից խուսափելու համար անհրաժեշտ է առանձնացնել միկրոօրգանիզմի ցանքսը եւ ճշտել հակաբիոտիկների նկատմամբ զգայունությունը:
- Ուրոլոգիական քննությունը խորհուրդ է տրվում այն դեպքում, երբ այցելուի մոտ առկա է միզապահություն: Տարբերակիչ ախտորոշման մեջ հարկավոր է դիտարկել քրոնիկ ոչ բակտերիալ պրոստատիտը, պրոստատոդինիան եւ հոգեբանական ու սեքսուալ պատճառները:

# Յեշտոցային Արտադրության Վարման Ուղեցույց

## Ներածություն

Յեշտոցային արտադրության պատճառներ են բակտերիալ վագինոզը (ԲՎ), տրիքոմոնիազը (ՅՏ՝ հեշտոցային տրիքոմոնիազ) եւ կանդիդիազը: Կարող է առաջանալ նաեւ մի շարք այլ ֆիզիոլոգիական եւ ախտաբանական վիճակներից, ինչպիսիք են նախադրան մաշկախտերը կամ ալերգիկ ռեակցիաները: Երբեմն հեշտոցային արտադրության պատճառ կարող է լինել քլամիդիային կամ գոնոռեային վզիկաբորբը:

## Բակտերիալ վագինոզ

Սերնդարարման տարիքի կանանց մոտ հեշտոցային առատ արտադրության ամենատարածված պատճառն է: Այն բնութագրվում է հեշտոցում հիմնականում անաէրոբ մանրէների (*Gardnerella vaginalis*, *Prevotella* spp., *Mycoplasma hominis*, *Mobiluncus* spp.) գերաճով, որոնք, փոխարինելով լակտոբակտերիաներին, բարձրացնում են հեշտոցային pH-ը: Սա չի համարվում ՍՎ: Կարող է առաջանալ եւ անհետանալ ինքնաբեր` անկախ սեռական կյանքից:

## Տրիքոմոնիազ

*Trichomonas vaginalis*-ները միաբջիջ մտրակավոր նախակենդանիներ են, որոնք փոխանցվում են բացառապես սեռականորեն: Իր առանձնահատուկ տեղակայման պատճառով վարակը կարող է առաջանալ միայն դրա ներհեշտոցային կամ ներարգանդային ներմուծման արդյունքում:

## Կանդիդիազ

Կանանց 90%-ի մոտ վուլվովագինալ սնկախտերի պատճառը *Candida albicans*-ն է (մյուսները` այլ շտամներ): Կանանց 75%-ը առնվազն մեկ անգամ տառապել է կանդիդիազից: Կանանց 10-20%-ը նրա անախտանշան կրողն է:

## Աղյուսակ 1 . Յեշտոցային վարակների ախտանշաններ

Բակտերիալ վագինոզ	Տրիքոմոնիազ	Կանդիդիազ
Մոտ. 50% անախտանշան Արտադրություն	10-50% անախտանշան Առատ հեշտոցային արտադրություն	10-20% անախտանշան Յեշտոցի քոր
Ձկան հոտ	Նախադրան քոր	Նախադրան կարմրություն
	Դիզուրիա	Յեշտոցային արտադրություն (ոչ առատ)
	Շատ հազվադեպ` դիսկոմֆորտի զգացում որովայնում	Մակերեսային անմիզապահություն
Բարակ, սպիտակ համասեռ արտադրություն, պատում է հեշտոցի պատերը եւ նախադրուը	Նախադրան էրիթեմա Վագինիտ Յեշտոցային արտադրություն մոտ 70% դեպքերում, փրփրանման եւ դեղին` 10-30%-ի դեպքում Մոտավորապես 2%-ի մոտ («ելականման» վզիկ) ցերվիցիտ տեսանելի անզեն աչքով 5-15% չկան արտասովոր նշաններ	Նախադրան էրիթեմա Նախադրան ճաք Յեշտոցային արտադրությունը կարող է լինել լոռանման (ոչ առատ) Նախադրան այտուցվածություն

## Ախտորոշում

### Կլինիկական

Թեպետ ախտանշանները յուրահատուկ չեն, սակայն կան այնպիսիք, որոնք առավել բնորոշ են այս կամ այն վիճակի համար (տես Աղյուսակ 1):

Յուրաքանչյուր վարակ ունի իր յուրահատուկ ախտանշանները (Աղյուսակ 1), սակայն չի կարելի լիովին հիմնվել դրանց վրա, քանզի հաճախ են ատիպիկ դրսևորումներ հանդիպում:

## Ստուգման ցուցումներ

Չեշտոցային ախտածինների ուսումնական ցուցումներն են.

- հեշտոցային «բնականոն» արտադրության փոփոխությունը.
- վզիկի ցիտոլոգիայում ՉՏ հայտնաբերումը.
- զուգընկերոջ մոտ ՉՏ ախտորոշումը.
- հեշտոցային արտադրությունը չի վերանում էմպիրիկ բուժումից հետո.
- Նախադրան քորը չի անցնում հակասնկային էմպիրիկ բուժումից հետո:

### Լաբորատոր

Վարակների ստույգ ախտորոշումը հիմնված է լաբորատոր քննության վրա: Չեշտոցի պատից գդալիկով վերցվում է արտադրության նմուշ (Աղյուսակ 2) եւ հետազոտվում մանրադիտակով:

### **Աղյուսակ 2** Չեշտոցային արտադրության մանրադիտակային քննության արդյունքները

Ախտանշաններ	Բակտերիալ վագինոզ	Տրիքոմոնիազ	Կանդիդիազ
Չեշտոցի pH	> 4.5	> 4.5	4.0-4.5
Չեշտոցի կողմնային պատի արտադրության միկրոսկոպիան՝ մշակված ֆիզ. լուծույթում	Բանալի բջիջներ	Շարժուն միաբջիջ Նախակենդանի (40-80% դեպքերում)	Կեղծ միցելներ (40-60% դեպքերում)
Չեշտոցի կողմնային պատի արտադրության քսուքը մշակված Գրամի մեթոդով	Տես Նուջենթի չափանիշները (ստորել)		Սպորներ/ կեղծ միցելներ(սիմպտոմատիկ դեպքերի մինչեւ 65%)
Չոտի թեստը՝ 10% KOH ավելացնելիս ձկան հոտ է արձակում	Դրական	Սովորաբար դրական	Բացասական

## Բակտերիալ վագինոզի (ԲՎ) ախտորոշման չափանիշները

- Ամսելի չափանիշ (հետեւյալ երեք չափանիշների առկայությունը պարտադիր է).
  - Նոսր սպիտակամոխրագույն համասեռ արտադրություն (երբեմն՝ փրփրանման)
  - Վուլվայի հեղուկի pH-ն մեծ է 4.5-ից
  - 1-10% KOH ավելացնելիս ձկան հոտի արձակում («հոտի թեստ»)
  - անմիջապես միկրոսկոպիան ցույց է տալիս ամպածել բջիջները:
- Նուջենթի չափանիշը. Գրամի մեթոդով մշակված հեշտոցային քսուքը վերցնելու այլընտրանքային եղանակ: Սրա հիմքում ընկած է բակտերիալ մորֆոտիպերի հարաբերական համամասնության գնահատումը՝ 0-10 սանդղակով: Եթե



միավորը 4-ից ցածր է, ապա համարվում է նորմալ, 4-6 ` միջին , իսկ 6-ից բարձրը՝ բակտերիալ վագինոզ:

### **Չեշտոցային տրիքոմոնիազի ախտորոշման չափանիշները**

- Մանրէի անմիջական դիտարկում թաց քսուքում (ֆիզլուծույթ) կամ՝ ակրիդին նարնջի ներկանյութով հեշտոցի ետին կամարից վերցված քսուքում (ախտորոշում՝ դեպքերի 40-80% -ում):
- Տրիքոմոնադները երբեմն հայտնաբերվում են վզիկի ցիտոլոգիայում՝ 60% զգայունությամբ, սակայն կեղծ դրական պատասխանի հավանականությունը բարձր է: Նման դեպքերում նպատակահարմար է ախտորոշման հաստատումը հեշտոցից վերցրած քսուքով:
- Ցանքսն ախտորոշիչ է 95% դեպքերում:

### **Չեշտոցային կանդիդիազի ախտորոշման չափանիշները**

- 4-4.5 հեշտոցային pH
- Չոտի բացակայություն (հայելու վրա «հոտի ստուգում» և մանրադիտակի ապակու վրա՝ ամինային հոտի ստուգում):
- Չեշտոցային արտադրությունում խմորասկերի կամ կեղծ միցելների հայտնաբերում թաց միջավայրում (դրական 40-60% դեպքում):
- Գրամի մեթոդով մշակված հեշտոցային արտադրության մեջ խմորասկերի կամ կեղծ միցելների առկայությունը (մինչև 65% դրական պատասխան):
- Չեշտոցային նմուշից ստացված ցանքսում խմորասկերի հայտնաբերում (եթե հեշտոցի ախտանշանները գերակշռում են, ապա նմուշը վերցնել վուլվայից):

### **Վարումը**

#### *Ընդհանուր*

Ճշգրիտ ախտորոշումը կարելու է համապատասխան բուժումն ընտրելու եւ ՉՏ-ի դեպքում՝ սեռական զուգընկերների համապատասխան բուժման համար: Քանի որ ՉՏ սեռավարակ է, անհրաժեշտ է կատարել գոյություն ունեցող այլ վարակների սքրինինգ: Անհրաժեշտ է խորհուրդ տալ պահպանել սեռական ժուժկալություն մինչև զուգընկերների բուժման ավարտը:

### Ցուցումներ բուժման համար

#### **ԲՎ**

- Ախտանշաններ:
- Որոշ հղիների մոտ (որոնք նախկինում ունեցել են իդիոպատիկ վաղաժամկետ ծննդաբերություն կամ վիժում՝ երկրորդ-երրորդ եռամսյակներում) ուղղակի մանրէաբանական քննությամբ նշանների առկայություն կամ բացակայություն:
- Կանայք, որոնք ենթարկվում են որոշ վիրահատական միջամտությունների
- Չավելյալ՝ կանանց, ում մոտ մանրադիտակային զննման արդյունք դրական է, բայց չկան ախտանշաններ: Բուժումից հետո նրանք կարող են նշել դրական տեղաշարժ արտադրության առումով:

#### **ՉՏ**

- Տրիքոմոնիազի դրական թեստի դեպքում՝ անկախ ախտանշաններից
- Սեռական զուգընկերների համաճարակաբանական բուժում:

### **Կանդիդիազ**

- Ախտանշաններով կանանց մոտ կանդիդա է հայտնաբերվել մանրադիտումով կամ ցանքսով:
- Անախտանշան կանանց բուժումը չի ցուցվում:

## Առաջարկվող բուժման սխեմաներ

### **ՅՏ և ԲՎ**

- 400-500 մգ մետրոնիդազոլ, խմելու օրական 2 անգամ, 5-7 օր (առաջին տարբերակ), կամ
- 2գ մետրոնիդազոլ, խմելու (մեկ չափաբաժին)

Մետրոնիդազոլ ընդունելիս պետք է խուսափել ալկոհոլից, քանի որ հնարավոր է դիսուլֆիրամի նման ռեակցիա:

ՅՏ-ի շատ տեսակներ խիստ զգայուն են մետրոնիդազոլի եւ նման դեղերի նկատմամբ: Ինքնաբուժման հավանականությունը 20-25% է: Քանի որ կանանց մոտ առկա է միզուկի եվ հարմիզուկային գեղձերի վարակի բարձր վտանգ, լիարժեք բուժման համար անհրաժեշտ է նշանակել համակարգային քիմիաթերապիա: Մեկ չափաբաժինը նպատակահարմար է եւ էժան: Սակայն կան որոշ փաստեր, որոնք վկայում են բուժման ոչ արդյունավետության մասին, հատկապես, երբ զուգընկերների բուժումը տեղի չի ունենում զուգահեռ:

### **Չեշտոցային կանդիդիազ**

Տեղային թերապիան արդյունավետ է: Ազոլներով բուժումը մեղմացնում է ախտանշանները եւ միջավայրի ցանքսը հիվանդների 80-90%-ի մոտ, անկախ այն բանից բուժումը եղել է օրալ, թե տեղային, նկատվում է ախտանշանների քչացում եւ կուլտուրալ բացասական պատասխան: Հղիության ժամանակ կիրառվում է միայն տեղային բուժում:

Տեղային բուժումներ.

- Կլոտրիմազոլի վազինալ հաբ 500 մգ մեկ անգամ կամ 200 մգ՝ օրական մեկ անգամ, 3 օր շարունակ (500 մգ շաբաթական չափաբաժինը կարող է օգտակար լինել կրկնվող կանդիդիազի դեպքում):
- Միկոնազոլ վազինալ կապսուլա՝ 1200 մգ որպես մեկ չափաբաժին, կամ 400 մգ՝ օրական մեկ անգամ 3 օր շարունակ:

*Խմելու դեղամիջոցներից են.*

- Ֆլուկոնազոլը՝ 150 մգ որպես մեկ չափաբաժին
- Իթրակոնազոլը՝ 200 մգ, օրական երկու անգամ, մեկ օր
- Ֆլուկոնազոլը՝ 100 մգ, մեկ շաբաթ, կարելի է օգտագործել կրկնվող կանդիդիազի դեպքում:

### **ԲՎ այլընտրանքային բուժումներ**

- Ներհեշտոցային մետրոնիդազոլի գել (0.75%)՝ օրական մեկ անգամ, 5 օր կամ՝
- Ներհեշտոցային կլինդամիցինի քսուք (2%)՝ օրական մեկ անգամ, 7 օր կամ՝ քլինդամիցին՝ 300 մգ, օրալ, օրական երկու անգամ, 7 օր շարունակ:

### **Հատուկ իրավիճակներ**

Հղիության ընթացքում մետրոնիդազոլի անվտանգությունը ճշտված չէ, թեպետ հայտնի տվյալները չեն նշում որեւէ առնչություն տերատոգեն վտանգի հետ: Մետրոնիդազոլը կարող է օգտագործվել հղիության բոլոր փուլերում եւ կրծքով կերակրելու ընթացքում, սակայն գերադասելի է խուսափել այդ հանգամանքներում բարձր չափաբաժիններով բուժում կիրառելուց:

Հղիության վաղ շրջանում ախտանշանային ՅՏ վարակի տեղային բուժումը (օրական 100 մգ կլոտրիմազոլի մոմիկներ՝ 7 օր շարունակ) կարող են մեղմացնում առաջացնել, սակայն վարակը վերացնելու համար անհրաժեշտ է համակարգային թերապիա:

ՅՏ ունեցող հիվանդների համար 5%-ոց նիտրոիմիդազոլից ավելի արդյունավետ այլընտրանքային միջոց չկա: Մետրոնիդազոլի նկատմամբ ավերգիա ունեցող հիվանդներին ցուցված է դեսենսիբիլազացիա:

Օրալ հակականդիդային դեղամիջոցները չպետք է օգտագործվեն հղիության

ընթացքում: Տեղային նիստատիկը, որը պոլիէնային շարքին է պատկանում, բուժում է կանդիդաների 70-90 տոկոսը, սակայն կարող է օգտակար լինել այն կանանց համար, որոնց օրգանիզմը զգայուն է ազոլային դեղամիջոցների նկատմամբ: Պոլիէնի չափաբաժինը 100.000 միավոր է, 1-2 գիշերային պոլիէնիլ 14 գիշեր շարունակ:

Տեւական կամ ծանր կանդիդոզները վատառողջների, օրինակ՝ դիաբետիկների մոտ, կամ այն դեպքում, երբ հարուցիչը ազոլների նկատմամբ նվազ զգայուն պաթոգեն է, օրինակ՝ *C. glabrata*, կարող է առաջանալ ավելի երկարատև թերապիայի անհրաժեշտություն՝ տեղային կամ օրալ ազոլներով: Վերջինի դեռում նիստատիկը կամ նատամիցինը կարող են հանդես գալ որպես արդյունավետ միջոցներ:

## **ՉՈՒԳՐՆԿԵՐՆԵՐԻ ԲՈՒԺՈՒՄ**

### **Կանդիդա եւ ԲՎ**

Տղամարդ գուգընկերների ռուտին սքրինինգի եւ բուժման կարիք չկա:

### **Տրիքոմոնիազ**

Չուգընկերները պետք է անցնեն ՍՎ սքրինինգ եւ բուժվեն ՅՏ-ից՝ անկախ թեստի արդյունքներից: Այն դեպքում, երբ տղամարդկանց մոտ ՅՏ սքրինինգի ժամանակ հայտնաբերվել է ՌՅՄ, իմաստ ունի նախ բուժել ՅՏ-ն, որից հետո կրկին վերցնել ուրեթալ քսուր՝ նախքան ՌՅՄ ախտորոշումը:

### *ՅԵՏԲՈՒԺԱԿԱՆ ՅՍԿՈՂՈՒԹՅՈՒՆ*

#### **ԲՎ**

Անց է կացվում միայն այն կանանց նկատմամբ, որոնց մոտ առկա են տեւական ախտանշաններ: Եթե բուժումը նշանակվել է հղիության ընթացքում՝ վաղաժամ ծննդաբերության վտանգը նվազեցնելու համար, մեկ ամիս անց պետք է կրկնել թեստը եւ ԲՎ կրկնվելու դեպքում՝ առաջարկել հետագա բուժում:

#### **ՅՏ**

Անհրաժեշտ է նախաձեռնել, եթե այցելուն բուժումից հետո շարունակում է մնալ ախտանշանային կամ եթե ախտանշանները կրկնվում են:

### *Տեւական /կրկնվող ախտանշաններ, բուժում*

- Ճշտեք, որքան է այցելուն ընդունել մետրոնիդազոլ, արդյոք ունեցե՞լ է սրտխառնոց:
- Պնասիտեք նոր եւ բուժում չստացած գուգընկերներից կրկին վարակվելու վտանգը:

Այն այցելուների դեպքում, որոնց առաջին բուժումը անարդյունավետ է եղել, հաճախ օգտակար է լինում ստանդարտ բուժման երկրորդ կուրսը: Եթե սա նույնպես չի առողջացնում, ապա հետազոտեք խոր հեշտոցային քսուրը (ԽՅՔ) կամ կատարեք էմպիրիկ բուժում երիթրոմիցինով, կամ ամոքսիցիլինով՝ հեմոլիտիկ ստրեպտոկոկերը նվազեցնելու համար, նախքան մետրոնիդազոլով կրկին բուժելը, քանի որ հեշտոցում առկա առանձին մանրէներ կարող են ներգործել եւ նվազեցնել մետրոնիդազոլի արդյունավետությունը:

Եթե տեւական բուժումը նույնպես չի օգնում, հավանական է, որ մանրէն ձեռք է բերել աերոբ պայմաններում գոյատևելու հատկություն: Նման դեպքերում վստահելի արդյունավետ բուժում չկա:

### **Կանդիդիազ**

Յսկողություն սահմանել միայն տեւական ախտանշաններ ունեցող կանանց նկատմամբ:

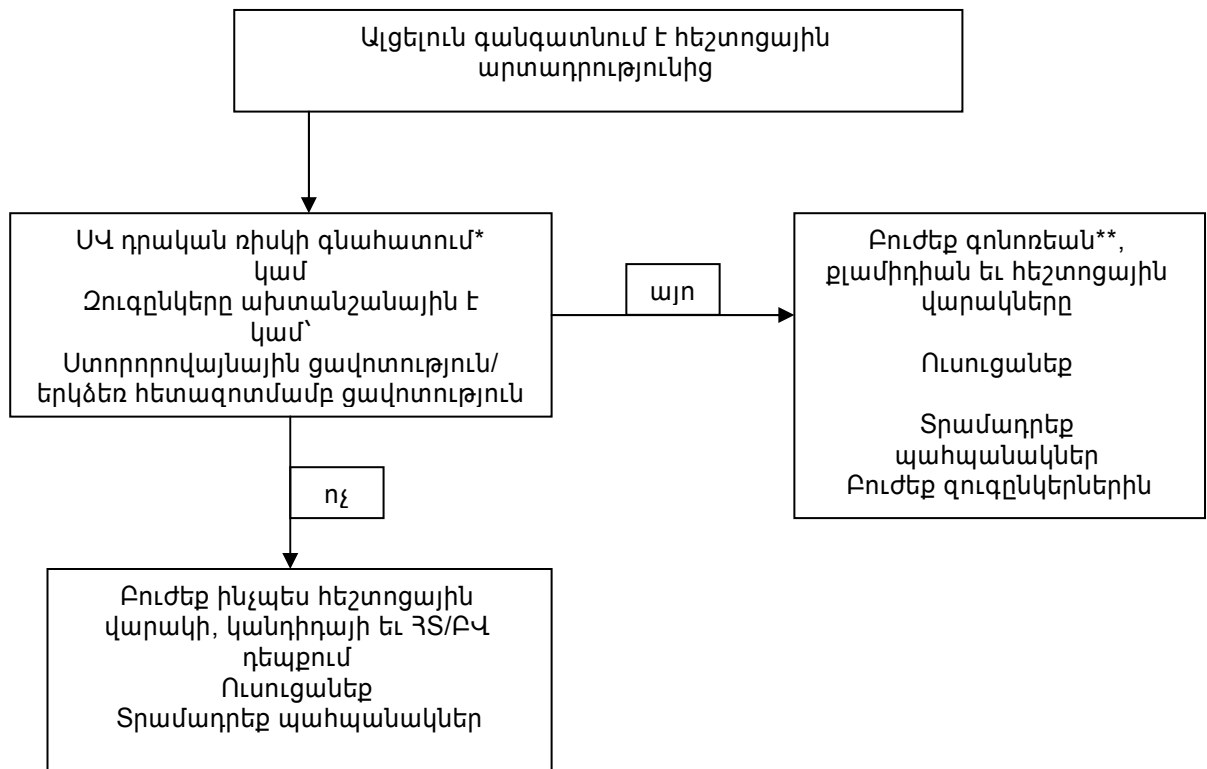
**Կրկնվող կանդիդատ, բուժում**

Սահմանվում է որպես չորս կամ ավելի ախտանշային կանդիդատի էպիզոդներ տարվա ընթացքում:

- Գրանցեք հաճախականությունը, ճշտեք ախտորոշումը եւ հաստատեք այն ցանքսի միջոցով:
- Բացառեք ռիսկի գործոնները (օրինակ՝ շաքարախտը, իմունային համակարգի դեֆիցիտի ֆոնը, կորտիկոստերոիդի, հակաբիոտիկների հաճախակի օգտագործումը):

Նման անձանց օպտիմալ բուժման համար կատարվում են շարունակական փորձեր, սակայն դեռեւս ոչինչ հստակեցված չէ: Ներկայումս առաջարկվում է նախնական փորձնական բուժում, որին հետեւում է պահպանման ռեժիմը, օր.՝ 100 մգ ֆլուկոնազոլ՝ մեկ շաբաթ շարունակ, կամ շաբաթական 500 մգ տեղային բլոտրիմազոլ՝ 6 ամիս շարունակ:

**Պատկեր 1 Հեշտոցային արտադրության վարման ալգորիթ**



\* ՍԿ-ների ռիսկի գնահատումը տարբեր է տարբեր համակարգերում, սակայն ԱՅԿ-ի ուղեցույցի համաձայն՝ այն գնահատվում է որպես դրական, եթե այցելուն 21 տարեկանից փոքր է, ամուրի, վերջին 3 ամսում ունեցել է մեկից ավելի զուգընկերներ, կամ ձեռք է բերել նոր զուգընկեր վերջին 3 ամսում:  
 \*\* Գոնոռեան հիմնականում քիչ է տարածված: Վիճակագրական տվյալների համաձայն դրա բուժմանը զուգահեռ պետք է անցկացնել հակաքլամիդիային բուժում:

**ՀԱՎԵԼՎԱԾ**

**Հեշտոցային արտադրության համախտանշային վարում**

Այն իրավիճակներում, երբ հնարավոր չէ գնել հաճախորդին եւ հնարավոր չէ լաբորատոր թեստերի կիրառումը, Առողջապահության Համաշխարհային Կազմակերպությունը (ԱՀԿ) մշակել է հեշտոցային արտադրության վարման

ալգորիթմ (տես գծապատկեր 1): Երբեմն քլամիդիային կամ գոնոռեային ցերվիցիտը կարող է դառնալ հեշտոցային արտադրության պատճառ: Ցերվիցիտը կարող է ունենալ լուրջ հետեւանքներ, եթե ժամանակին չբուժվի: Վզիկի վարակների ախտանշանները որոշակի չեն, եւ պարզվել է, որ ցերվիցիտների ավելի ստույգ ցուցանիշը հանդիսանում է վտանգի գնահատումը:  
Առանձին վարակների բուժումը մանրամասն ներկայացված է+ համապատասխան ուղեցույցներում:

# Փոքր կոնքի օրգանների բորբոքային հիվանդությունների վարման ուղեցույց

## ՆԵՐԱԾՈՒԹՅՈՒՆ

- Փոքր կոնքի օրգանների բորբոքային հիվանդությունը (ՓԿՕԲՅ) սովորաբար վերընթաց վարակն է Էնդոցերվիքսից դեպի արգանդի խոռոչ՝ առաջացնելով Էնդոմետրիտ, սալպինգիտ, պարամետրիտ, օօֆորիտ, փող-ձվարանային թարախակույտ եւ/կամ կոնքի պերիտոնիտ:
- Հարուցիչներն են համարվում գոնոկոկը, քլամիդիան: Գարդներելան, հեշտոցի անաէրոբ եւ այլ միկրոօրգանիզմները նույնպես կարող են դառնալ հիվանդության պատճառ:

ՓԿՕԲՅ-ին նպաստում/ուղեկցում են հետեւյալ գործոնները.

- Երիտասարդ տարիքը,
- բազմաթիվ գուգընկերների առկայությունը,
- Նախկինում ունեցած ՍՎ (այցելուի կամ նրա գուգընկերոջ մոտ),
- հղիության ընդհատումը,
- վերջին 6 շաբաթների ընթացքում ներարգանդային պարույրի (ՆԱՊ) տեղադրումը,
- հիստերոսալպինգոգրաֆիան,
- in vitro բեղմնավորումը,
- հետծննդյան Էնդոմետրիտը,
- բակտերիալ վագինոզը,
- վերջին 3 ամիսների ընթացքում նոր գուգընկեր ունենալը:

## Ախտորոշումը

### *Կլինիկական*

ՓԿՕԲՅ-երը կարող են լինել ախտանշանային եւ առանց ախտանշանների: Նույնիսկ ախտանշանների արտահայտված լինելու պայմաններում դրանք վստահելի չեն եւ ոչ յուրահատուկ:

ՓԿՕԲՅ-ի մասին հուշում են հետեւյալ նշանները.

- ցավեր որովայնի ստորին շրջանում
- դիսպարեունիա
- դաշտանի խանգարումներ
- հեշտոցից կամ արգանդի վզիկից անսովոր արտադրություն:

ՓԿՕԲՅ-երին ուղեկցում են հետեւյալ նշանները.

- որովայնի ստորին հատվածների շոշափումը ցավոտ է.
- բիմանուալ (երկձեռնանի) հետազոտության ժամանակ հավելումների ցավոտություն.
- բիմանուալ հետազոտության ժամանակ արգանդի վզիկի շարժումը ցավոտ է.
- ջերմության բարձրացում ( $>38^{\circ}\text{C}$ ):

Երիտասարդ կանանց մոտ որովայնի ստորին շրջանում ցավերի առկայության դեպքում հարկավոր է անցկացնել տարբերակիչ ախտորոշում հետեւյալ վիճակների/հիվանդությունների համար.

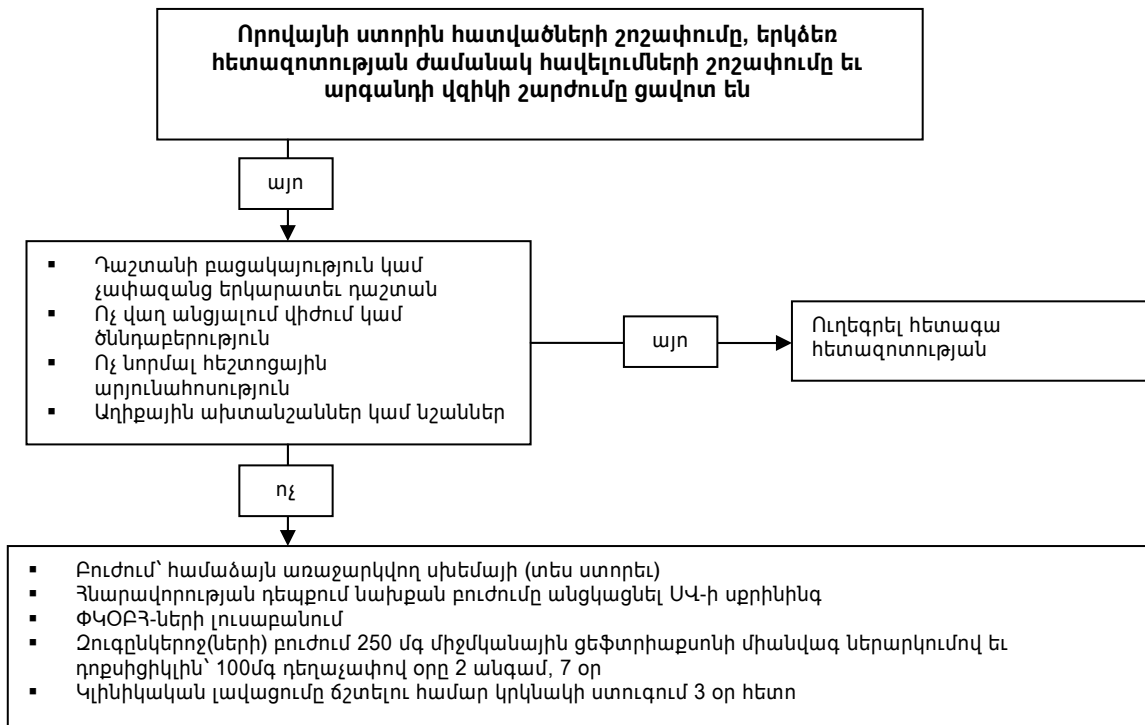
- արտարգանդային հղիություն,
- որդանման ելունի սուր բորբոքում,
- Էնդոմետրիոզ,
- ձվարանի բարդացած կիստա,

- անհայտ ծագման ցավ:

*Ցուցում թեստավորման համար*

ՓԿՕԲՀ հետազոտություն անհրաժեշտ է անցկացնել այն կանանց մոտ ովքեր ունեն վերոհիշյալ կլինիկական նշանները կամ եթե նրանք պատկանում են բարձր ռիսկի խմբին, սակայն չունեն հիվանդության որել է կլինիկական նշան (տես գծապատկեր 1):

**Գծապատկեր 1 Փոքր կոնքի բորբոքային հիվանդությունների համախտանշային վարում**



*Լաբորատոր*

Խորհուրդ է տրվում ստուգել գոնոկոկի եւ քլամիդիայի առկայությունը սեռական ուղիների ստորին հատվածներից վերցված նմուշներում, քանի որ նրանց հայտնաբերումը հաստատում է ՓԿՕԲՀ ախտորոշումը (չհայտնաբերելու դեպքում չի բացառվում ՓԿՕԲՀ):

- Երիթրոցիտների նստեցման արագությունը (ԷՆԱ) կամ C-ռեակտիվ սպիտակուցի մակարդակի բարձրացումը նպաստում են ախտորոշմանը:
- Լապարոսկոպիան ճշտորեն ախտորոշում է ՓԿՕԲՀ, սակայն լայնորեն չի կիրառվում մեթոդի թանկության եւ ֆալոպյան փողերի թույլ արտահայտված բորբոքումների եւ Էնդոմետրիտների դեպքում ախտորոշման հնարավոր դժվարությունների հետեւանքով:
- Էնդոմետրիոմի բիոպսիան եւ ուլտրաձայնային հետազոտությունը եւս կարող են օգտակար լինել ախտորոշման հետ կապված բարդությունների դեպքում, սակայն այդ մեթոդների ամենօրյա կիրառման համար դեռեւս բավարար չափով ապացույցներ չկան:

**ՎԱՐՈՒՄ**

*Ընդհանուր դրույթներ*

Գոնոռեայի, քլամիդիայի եւ անաերոբ վարակների բուժման նպատակով հարկավոր է օգտագործել ազդեցության լայն ոլորտ ունեցող հակաբիոտիկներ: Բուժման

ռեժիմի ընտրությունը կախված է հետեյալ գործոններից.

- Համապատասխան դեղամիջոցների հանդեպ տվյալ տեղանքում տարածված միկրոօրգանիզմների զգայունության տվյալները:
- Տվյալ միջավայրում յուրահատուկ վարակների համաճարակաբանությունը:
- Ծախսատարությունը:
- Հիվանդի նախընտրությունը, բուժման ռեժիմի պահպանման հնարավորությունը եւ պատրաստակամությունը:
- Հիվանդության ծանրության աստիճանը:

#### *Ընդհանուր խորհուրդներ*

- Սուր ընթացքով հիվանդության դեպքում գերադասելի է անկողնային ռեժիմ:
- Հղիության կասկածի դեպքում՝ թեստավորում:
- Ցավազրկողների օգտագործում:
- Խուսափել անպաշտպան սեռական հարաբերությունից մինչեւ իրենց եւ զուգընկերների բուժման ավարտը:
- Հիվանդին անհրաժեշտ է բացատրել նրա հիվանդության էությունը՝ շեշտը դնելով հնարավոր հեռավոր բարդությունների վրա (նրա եւ զուգընկերոջ/ների մոտ), տրամադրել հստակ տեղեկատվություն:

Ներքոհիշյալ վիճակներում անհրաժեշտ է քննարկել բուժման այլ տարբերակները, ինչպես նաեւ հսկողության, հետագա հետազոտությունների եւ/կամ հնարավոր վիրաբուժական միջամտությունների հարցերը:

- Անորոշ ախտորոշում:
- Պերօրալ բուժումից կլինիկական արդյունավետության բացակայություն:
- Արտահայտված ախտանշանների առկայություն:
- Փող-ծվարանային թարախակույտի առկայություն:
- Իմունադեֆիցիտ վիճակ:
- Պերօրալ բուժման անտանելիություն
- Հղիություն:

Բոլոր հիվանդներին հարկավոր է առաջարկել ՍԿ-ի հետազոտություն եւ ի հարկին քննարկել ՄԻԱՎ-ի թեստավորումը:

#### Ցուցումներ բուժման համար

Այնպես է, որ բուժման հետաձգումը կմեծացնի հեռավոր բարդությունների վտանգը, ինչպիսիք են արտարգանդային հղիությունը, անպտղությունը եւ կոնքի շրջանի քրոնիկ ցավերը: Ուստի ճշգրիտ ախտորոշիչ չափանիշների բացակայության պայմաններում առաջարկվում է ՓԿՕԲՀ համախտանշային բուժում:

#### **Առաջարկվող բուժման սխեմաներ**

Ստորեւ ներկայացված հակաբիոտիկային բուժումները հիմնված են փորձառության վրա: Ներերակային թերապիան պետք է շարունակել կլինիկական բարելավումից հետո եւս 24 ժամ, որից հետո անցնել պերօրալ միջոցների:

#### Ամբուլատոր բուժում

- օՓլոքսացին 400 մգ խմելու՝ օրը երկու անգամ + մետրոնիդազոլ 500 մգ խմելու, օրը երկու անգամ, 14 օր:
- ցեֆտրիաքսոն 250 մգ մ/մ միանվագ, որից *հետո* դոքսիցիկլին 100 մգ, օրը երկու անգամ խմելու, 500 մգ մետրոնիդազոլի հետ, օրը երկու անգամ, 14 օր:

#### Ստացիոնար բուժում

- 900 մգ ն/ե կլինդամիցին, օրը երեք անգամ՝ *գումարած* ն/ե գենտամիցին (2 մգ/կգ



սկզբնական չափաբաժինը, որից հետո 1.5 մգ/կգ՝ օրական երեք անգամ [կարելի է փոխարինել օրական մեկ չափաբաժնով]), որից *հետո կամ* օրալ 450 մգ կլինդամիցին՝ օրական չորս անգամ, *կամ* 100 մգ օրալ դոքսիցիկլին օրական երկու անգամ՝ ավարտելով 14 օրվա ընթացքում, *գումարած* 400 մգ օրալ մետրոնիդազոլ, օրական երկու անգամ՝ ավարտելով 14 օրվա ընթացքում:

#### Այլընտրանքային սխեմաներ

- 400 մգ ն/ե օֆլոքսացին օրը 2 անգամ, *գումարած* 500 մգ ն/ե մետրոնիդազոլ, օրական 3 անգամ՝ 14 օր:
- 200 մգ ն/ե ցիպրոֆլոքսացին օրը երկու անգամ, *գումարած* 100 մգ ն/ե դոքսիցիկլին օրական երկու անգամ, *գումարած* 500 մգ ն/ե մետրոնիդազոլ՝ օրը երեք անգամ:

Այն դեպքերում, երբ անհնարին է կիրառել բուժման վերը նշված ռեժիմը, հակաբիոտիկներով թերապիան պետք է շարունակել 14 օր եւ փորձել բուժել հետեւյալը.

- Գոնոռեա - տես՝ գոնոռեայի գլուխը
- Քլամիդիա՝ տես՝ քլամիդիայի գլուխը:
- Անաերոբ բակտերիաներ - մետրոնիդազոլ:

#### Հատուկ հրավիճակներ

- ՄԻԱՎ վարակակիր կանանց մոտ ՓԿՕԲՀ ախտանշանները կարող են ավելի արտահայտիչ լինել: Նման դեպքերում առաջարկվում է հակաբիոտիկների պարենտերալ ներմուծում:
- Ֆից-Ֆյու-Քուրտիսի համախտանիշը ախտահայտվում է որովայնի աջ վերին քառորդի շրջանում ցավերով, որը կապված է պերիհեպատիտի հետ եւ հանդիպում է ՓԿՕԲՀ ունեցող կանանց 10-20% մոտ: Կարող է լինել գերիշխող համախտանիշ: Չնայած կարելի է լյարդային կայուններն անջատել լապարոսկոպիայի միջոցով, սակայն չկան բավարար ապացույցներ այդ մեթոդը որպես ՓԿՕԲՀ բուժման լրացուցիչ եղանակ ընդունելու համար:
- Հղիության ընթացքում ՓԿՕԲՀ առկայությունը մեծացնում է զանազան ախտաբանության բարձր վտանգը մոր եւ պտղի համար, հետեւաբար առաջարկվում է պարենտերալ թերապիա:
- Չկան ապացույցներ վերը հիշատակված բուժման ռեժիմներից որեւէ մեկի առավելության մասին: Հետեւաբար, եթե հայտնի է, որ հիվանդները ալերգիկ են առաջարկվող ռեժիմներից որեւէ մեկի նկատմամբ, նրանց պետք է առաջարկել այլընտրանքային բուժում:

#### ՉՈՒԳՐՆԿԵՐՆԵՐԻ ԲՈՒԺՈՒՄ

- Սեռական զուգընկերների հետ կոնտակտի հաստատում եւ գոնոռեայի ու քլամիդիայի լաբորատոր հետազոտության առաջարկում:
- Չուզընկերներին պետք է խորհուրդ տալ ձեռնպահ մնալ սեռական հարաբերությունից մինչեւ լիարժեք բուժման ավարտը:
- Բոլոր զուգընկերները, որոնց մոտ հայտնաբերվել է գոնոռեա, պետք է ստանան համապատասխան բուժում:
- Միաժանակ խորհուրդ է տրվում բոլոր սեռական զուգընկերներին նշանակել քլամիդիայի բուժում:
- Եթե հնարավոր չէ սեռական զուգընկերների հետազոտում գոնոռեայի եւ քլամիդիայի նկատմամբ, ապա անհրաժեշտ է կիրառել գոնոռեայի եւ քլամիդիայի համապատասխան բուժում:

Բուժումից հետո 4 շաբաթվա ընթացքում ցանկալի է սահմանել հսկողություն՝

բուժման արդյունավետությունը եւ կլինիկական լավագուժը պարզելու, ինչպես նաեւ սեռական զուգընկերներին հետազոտելու եւ բուժում նշանակելու համար:

Խորհուրդ է տրվում գոնոռեայի կրկնակի հետազոտության ենթարկել այն կանանց, որոնց մոտ այդ վարակն ախտորոշվել է նախքան բուժումը: Զլամփոփայի նկատմամբ կրկնակի հետազոտության են ենթարկվում այն կանայք, որոնց մոտ առկա են ախտանշաններ եւ որոնք խմելու հակաբիոտիկներ չեն կարող ընդունել: Նմանատիպ մոտեցում պետք է ցուցաբերել նաեւ այն դեպքերում, երբ նրանց զուգընկերների մոտ առկա է տեւական եւ կրկնվող վարակ:

### **ՉԵՏԲՈՒԺԱԿԱՆ ՀՍԿՈՂՈՒԹՅՈՒՆ**

Խորհուրդ է տրվում կրկնակի հետազոտություն անցկացնել բուժումն ավարտելուց 72 ժամ հետո, մասնավորապես այն հիվանդների մոտ, որոնք ունեցել են միջին կամ ծանր աստիճանի ախտանշաններ. կլինիկական նշանները պետք է էապես նահանջած լինեն: Դրական արդյունքի բացակայության դեպքում անհրաժեշտ է կատարել հավելյալ հետազոտություն, պարենտերալ բուժում եւ/կամ վիրաբուժական միջամտություն:

# Մակամործիների և ամործիների բորբոքումների վարման եւ փոշտի սուր այտուցի համախտանշային վարման ուղեցույց

## ՆԵՐԱԾՈՒԹՅՈՒՆ

- 35-ից ցածր տարիքի տղամարդկանց մակամործիների եւ ամործիների բորբոքումը հաճախ ՍԿ-ի հետեւանք է, ինչպիսիք են քլամիդիան եւ գոնոռեան:
- 35-ից բարձր տարիքի տղամարդկանց մակամործիների և ամործիների բորբոքումը հաճախ պայմանավորված է ոչ սեռականորեն փոխանցված Գրամ-բացասական աղիքային բակտերիաներով:
- Անամեզի ճիշտ հավաքումը հույժ կարեւոր է:
- Արվամոլների մակամործիների և ամործիների բորբոքումը կարող է պայմանավորված լինել աղիքային ցուպիկներով:
- Գրամ-բացասական աղիքային ցուպիկները ավելի հաճախ են դառնում մակամործիների եւ ամործիների բորբոքման պատճառ, եթե այցելուն վերջերս ենթարկվել է գործիքային միջամտություն կամ կատետերավորման:
- Միզասեռական համակարգի անատոմիական շեղումներ ունեցող անձինք հաճախ են լինում Գրամ բացասական աղիքային ցուպիկակիրներ եւ կարիք ունեն միզասեռական համակարգի հետազոտության, հատկապես 50 տարեկանից հետո:

## Ախտորոշումը

### *Կլինիկական*

### Ախտանշաններ (հաճախ լինում են միակողմանի)

- Ցավ ամորձու շրջանում
- Փոշտի այտուց

### Միզուկաբորբի ախտանշանները (հաճախ անախտանշան են).

- Միզուկային արտադրություն
- Միզարձակման խանգարումներ
- Առնանդամի գրգռվածություն:

Կարող է լինել նաև միզարձակման դժվարացում:

### Նշանները. զննելիս սովորաբար հիվանդների մոտ հայտնաբերվում է

- ցավ՝ ախտահարված մասը շոշափելիս
- մակամորձու շոշափելի այտուց:

Կարող է լինել նաեւ.

- միզուկային արտադրություն (արտահայտված միզուկի մերսմամբ),
- ջրգողություն,
- ախտահարված կողմում փոշտի էրիթեմա եւ/կամ այտուց,
- բարձր ջերմություն:

## Լաբորատոր

Անհրաժեշտ է կատարել հետեւյալ հետազոտությունները.

- ՍԿ-ների նկատմամբ.
- միզուկաբորբի հայտնաբերման եղանակների կիրառում (ՄԱՇ, քսուք).
- քսուքի հետազոտում, որի մեջ առկա են 5 կամ ավելի լեյկոցիտներ x1000 մանրադիտակային դաշտում և/կամ
- Գրամի մեթոդով մշակված ՄԱՇ-ի նմուշի տարբերակում, որի մեջ առկա են 10 կամ ավելի լեյկոցիտներ x1000 մանրադիտակային դաշտում:

Անհրաժեշտ է դիտարկել.

- Գունավոր գերձայնային Դոպլերի կիրառումը, որը կօգնի տարբերակել մակամորձու և ամորձու բորբոքումը սերմնալարի ոլորումից:

### **Տարբերակիչ ախտորոշում**

- Սերմնալարի ոլորում
- Ամորձու կամ մակամորձու ուռուցք

Սերմնալարի ոլորումը հիմնական տարբերակիչ ախտորոշումն է: Այն պահանջում է անհապաղ վիրաբուժական միջամտություն: Առաջին հերթին այն պետք է բացառել, քանի որ միջամտությունը ուշացնելու դեպքում ամորձու պահպանումը դառնում է անհնար: Ոլորումը ավելի հավանական է, եթե.

- ցավն սկսվում է հանկարծակի,
- ունի ուժեղ բնույթ,
- տարիքը 20-ից ցածր է, չնայած ոլորումը կարող է լինել ցանկացած հասակում:

### **ՎԱՐՈՒՄ**

#### *Ընդհանուր դրույթներ*

- Մակամորձու և ամորձու բորբոքում ունեցող անձանց անհրաժեշտ է տրամադրել էմպիրիկ բուժում: Հակաբիոտիկներ նշանակելիս պետք է հաշվի առնել արագ թեստերի արդյունքները, այցելուի տարիքը, անամնեզը, ոչ վաղ անցյալում բժշկական միջամտությունները կամ կատետերավորումը, ինչպես նաև այցելուի մոտ առկա միզասեռական շեղումները:
- Անկողնային ռեժիմ, փոշտի ֆիքսում և բարձացում, անալգետիկներ: Կարող են օգտակար լինել ոչ ստերոիդ հակաբորբոքայինները:
- Ոլորման կասկածի դեպքում անմիջապես պետք է դիմել ուրոլոգի:

### **Մակամորձիների և ամորձիների բորբոքումը որպես ՄՎ-ների հետևանք**

#### Ընդհանուր խորհուրդներ

- Տես միզուկաբորբի վարման ուղեցույցները:

#### Ցուցումներ բուժման համար

- Մակամորձու եւ ամորձու բորբոքման ախտանշաններ:
- Միզուկաբորբի հայտնաբերում:
- Միզուղիների վարակ (ՄՎ) չի ակընկալվում:

#### Առաջարկվող բուժումներ

- 100 մգ դոքսիցիկլին՝ օրական երկու անգամ, 14 օր:
- 200 մգ օֆլոքսացին՝ օրական երկու անգամ, 14 օր:

Մակամորձու և ամորձու բորբոքման դեպքում, երբ կասկածվում է գոնոկոկային վարակ, անհրաժեշտ է նշանակել նաև հետեւյալ դեղերից որեւէ մեկը.

- 500 մգ ցիպրոֆլոքսացին կամ մ/մ 250 մգ ցեֆտրիաքսոն:

### **Մակամորձու և ամորձու երկրորդային վարակ աղիքային մանրէներից**

#### *Ընդհանուր խորհուրդներ*

Անհրաժեշտ է հիվանդին հստակ տեղեկատվություն տալ հիվանդության եւ բուժման կարելիության մասին:

#### Ցուցումներ բուժման համար

- Մակամորձու եւ ամորձու բորբոքման ախտանշաններ
- ՄՎ-ի մեծ հավանականություն

#### Առաջարկվող սխեմաներ

- 200 մգ օֆլոքսացին օրը 2 անգամ՝ 14 օր
- 480 մգ տրիմետոպրիմ+սուլֆամեթոքսազոլ, օրը 2 անգամ՝ 14 օր
- Հակաբիոտիկներն ընտրվում են տեղային զգայունության հիման վրա:

## **Չբացահայտված էթիլոգիայի մակամորձու և ամորձու բորբոքում**

### *Ընդհանուր խորհուրդներ*

Անհրաժեշտ է հիվանդին հստակ իրազեկել հիվանդության եւ բուժման կիրառման կարելիության մասին, ինչպես նաեւ խորհուրդ տալ սեռական ժուժկալություն՝ մինչեւ ՄՄՇ հետազոտության արդյունքները:

### Ցուցումներ բուժման համար

- Մակամորձու և ամորձու բորբոքման նշաններ
- Սեռավարակի հարուցչի բացահայտման անհնարինություն :

### Առաջարկվող սխեմաներ

- 200 մգ օֆլոքսացին օրը 2 անգամ՝ 14 օր:

## **ՉՈՒԳԸՆԿԵՐՆԵՐԻ ՎԱՐՈՒՄԸ**

**Անհրաժեշտ է գնահատել ռիսկի ենթակա բոլոր զուգընկերներին եւ առաջարկել համաճարակաբանական բուժում, եթե.**

- Հիվանդություն հարուցված է ՍՎ-ով:
- Ախտորոշված է մակամորձու և ամորձու բորբոքման ոչ հստակ էթիլոգիա, և ՄՄՇ համապատասխան նմուշը բացասական է:
- Գաղտնի շրջանը հայտնի չէ. ենթադրվում է 3 ամիս:
- Բուժումը նույնն է, ինչ առանց բարդությունների քլամիդիայի եւ գոնոռեայի համար նախատեսված բուժումը:
- Անհրաժեշտ է մանրամասն ճշտել սեռական բոլոր կոնտակտները առաջին իսկ այցի ժամանակ: Անհրաժեշտ է ձեռք բերել համաձայնություն այցելուի կամ նրա զուգընկերների վարման հարցում, եթե առկա է ՍՎ:
- Բոլոր դեպքերում, հարկավոր է միաժամանակ բուժել զուգընկերներին:

## **ՀԵՏԲՈՒԺԱԿԱՆ ՀՍԿՈՂՈՒԹՅՈՒՆ**

Եթե 3 օր անց չի նկատվում այցելուի վիճակի բարելավում, ապա պետք է վերանայել ախտորոշումը և վերագնահատել բուժումը: Վերագնահատումը անհրաժեշտ է այն դեպքում, երբ այտուցվածության նշանները և ցավը շարունակում են պահպանվել հակամիկրոբային բուժման ավարտից հետո, թեպետ առանձին դեպքերում ախտանշանների անհետացման համար որոշ ժամանակ է պահանջվում: Նման դեպքերում արժե մտածել վիրաբուժական միջամտության մասին:

Տարբերակիչ ախտորոշում հետեւյալ դեպքերում.

- ամորձու իշեմիա/ինֆարկտ.
- սխալ ախտորոշում եւ բուժում.
- աղիքային ցուպիկը կայուն է բուժման նկատմամբ.
- թարախակույտի գոյացում և/կամ փոշտի անշարժացում.
- ամորձու կամ մակամորձու քաղցկեղ.
- խոզուկային օրխիտ/Էպիդիդիմիտ.
- մակամորձու պալարախտ.
- սնկային Էպիդիդիմիտ.
- ֆտորքինոլոնի և տետրացիկլինի նկատմամբ գոնոկոկի կայունություն:

## **ՓՈՇՏԻ ՍՈՒՐ ԱՅՏՈՒՑԻ ՀԱՄԱՆՏԱՆՇԱՅԻՆ ՎԱՐՈՒՄԸ**

Հիմնական ախտորոշումներն են՝ մակամորձու բորբոքում, վնասվածք, սերմնալարի ոլորում և ամորձու կամ մակամորձու քաղցկեղ: Դրանք դժվար է տարբերակել առանց համապատասխան միջոցների: Սերմնալարի ոլորումը հիմնական տարբերակիչ ախտորոշումն է: Պատկեր 1-ում մանրամասն բերված է տվյալ իրավիճակի համախտանշանային վարումը:

**Գծապատկեր 1. Փոշոի սուր այտուցի համախտանշային վարում**

