

ՔԼԱՄԻԴԻԱՅԻՆ ՎԱՐԱԿԻ ՎԱՐՄԱՆ ՈՒՂԵՑՈՒՅՑ

Ամփոփում

Նպատակ

Ուղեցույցը տրամադրում է ամենատարածված սեռավարակներից մեկի՝ քլամիդիոզի վերաբերյալ արդի միջազգային գիտաբժշկական տեղեկատվության վրա հիմնված բուժական և կազմակերպչական գործառույթների համալիր: Փաստաթղթի նպատակն է բարելավել գոնոռեայով պացիենտների ախտորոշման և բուժման արդյունավետությունը:

Մեթոդաբանություն

Սույն Ուղեցույցը մշակվել է Մաշկավեներաբանների հայկական ասոցիացիայի անդամների կողմից: Տեղայնացման/ադատատցիայի սկզբնաղբյուրներ են հանդիսացել Սեռավարաինների դեմ պայքարի միջազգային միության եվրոպական կազմակերպության (IUSTI-Europe) կողմից ստեղծված “2015 European guideline on the management of Chlamydia trachomatis infections” ուղեցույցը: Օգտագործվել են նաև Cochrane library և UpToDate շտեմարանների արդի տվյալները: Տեղեկատվության որակը գնահատելիս և ցուցումների ուժը որոշելիս սկզբնաղբյուր հանդիսացող փաստաթղթում հիմք է ընդունվել Սեռավարաինների դեմ պայքարի միջազգային միության եվրոպական կազմակերպության կողմից առաջարկվող համակարգը: Տեղայնացման/ադատատցիայի աշխատանքները իրականացվել են ըստ ADAPTE մեթոդաբանության՝ միջմասնագիտական աշխատանքային խմբի անդամների առերես հանդիպումների և հեռահար շփումների միջոցով: Ուղեցույցի դրույթների վերաբերյալ ապահովվել է աշխատանքային խմբի բոլոր անդամների կոնսենսուս: Սույն Ուղեցույցը ենթակա է պարբերական թարմացումների և/կամ խմբագրման յուրաքանչյուր 5 տարին մեկ կամ ավելի հաճախակի՝ կախված տվյալ ոլորտում նոր գիտագործնական տեղեկատվության ի հայտ գալուց:

Բանալի բառեր

քլամիդիոզ, Եվրոպական կլինիկական ուղեցույց, վարում, Chlamidia Trachomatis, ախտորոշում, հակամիկրոբային ռեգիստրենտականություն, հակամիկրոբային բուժում, կանխարգելում:

Պատասխանատու համակարգող

Կ.Ռ.Բաբայան Մ.Հերացու անվան պետական բժշկական համալսարանի մաշկաբանության և սեռավարակաբանության ամբիոնի վարիչ, պրոֆեսոր, ՀՀ ԱՆ գլխավոր մաշկավեներաբան, Մաշկավեներաբանների հայկական ասոցիացիայի նախագահ

Աշխատանքային խմբի անդամներ

Մ.Ռ.Սահակյան ՀՀ ԱՆ Մաշկաբանության և սեռավարակաբանության բժշկագիտական կենտրոնի տնօրեն, Մ.Հերացու անվան պետական բժշկական համալսարանի ուրոլոգիայի ամբիոնի դոցենտ, Բ.Գ.Թ.

Գ.Ա.Հարությունյան Մ.Հերացու անվան պետական բժշկական համալսարանի մաշկաբանության և սեռավարակաբանության ամբիոնի դոցենտ, Բ.Գ.Թ.

Հ.Ա.Հովհաննիսյան Մ.Հերացու անվան պետական բժշկական համալսարանի մաշկաբանության և սեռավարակաբանության ամբիոնի դասախոս

Շահերի բախման հայտարարագիր և ֆինանսավորման աղբյուրներ

Պատասխանատու համակարգողը հայտարարում է, որ վերջին 5 տարիների ընթացքում ստացել է գրանտներ MSD դեղագործական ընկերություններից արտասահմանում կայացող գիտաժողովների մասնակցության նպատակով, ինչպես նաև վարձատրվող դասախոսություններով հանդես է եկել Astellas, MSD, Sandoz դեղագործական ընկերությունների կողմից կազմակերպված գիտաժողովներին: Աշխատանքային խմբի անդամների հայտարարագրերը ներկայացված են հավելված 2-ում: Սույն փաստաթղթի մշակման աշխատանքները չեն ֆինանսավորվել ոչ մի կազմակերպության կողմից:

Շնորհակալական խոսք

Պատասխանատու համակարգողը իր երախտագիտությունն է հայտնում աշխատանքային խմբի բոլոջ այնդամներին ինչպես նաև սույն ուղեցույցի մշակման

աշխատանքներին իրենց աջակցությունը, խորհրդատվությունը և մասնագիտական գիտելիքները տրամադրած գործընկերներին, հատկապես՝ Երևանի Մ.Հերացու անվան պետական բժշկական համալսարանի հայոց լեզվի և տերմինաբանության ամբիոնի վարիչ դոդ. Հ.Սուքիասյանին, ՀՀ ԿԳՆ Երևանի պետական համալսարանի Ֆարմացիայի ինստիտուտի կենսաբժշկության ամբիոնի վարիչ, ՀՀ ԱՆ Առողջապահության ազգային ինստիտուտի «Ապացուցողական բժշկություն» դասընթացի ղեկավար, ՀՀ ԱՆ Հանրապետական գիտաբժշկական գրադարանի «Բժշկական սեղմագրերի հայկական հանդես»-ի գլխավոր խմբագիր, «Ապացուցողական բժշկության մասնագետների հայկական ասոցիացիա»-ի նախագահ՝ Բ.Գ.Դ., պրոֆեսոր Ռուբեն Հովհաննեսյանին: Ինչպես նաև բոլոր այն կլինիկական օրդինատորներին և երիտասարդ մաշկավեներաբաններին, որոնք իրենց ակտիվ մասնակցությունն են ունեցել ուղեցույցների թարգմանչական աշխատանքների իրականացմանը:

Բովանդակություն

Ներածություն

Տեղեկատվության որոնման և գնահատման մեթոդաբանություն

Ախտորոշում

Կլինիկական պատկերը

Լաբորատոր ախտորոշումը

Բուժման ցուցումներ

Առաջարկվող բուժման տարբերակներ

Այլընտրանքային բուժում

Հղի կանանց բուժումը

Միաժամանակ մի քանի սեռավարակի առկայություն

Զուգընկերների վարումը

Հսկողությունը

Քլամիդիոզային վարակ նորածինների շրջանում

Քլամիդիոզային վարակ երեխաների շրջանում

Ներդրման հնարավորություններ և աուդիտի վերաբերյալ առաջարկները

Գրականության ցանկ

Հավելված 1.

Հավելված 2.

Հապավումներ

ՓԿՕԲՀ – Փոքր կոնքի օրգանների բորբոքային հիվանդություններ

ԱՀԿ – Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպություն

ՍՎ - Սեռավարակ

ՊՇՌ – Պոլիմերազային շղթայական ռեակցիա

ԻՖԱ – Իմունաֆերմենտային անալիզ

ՈւՖՌ - Ուլիդ ֆլուորեսցենտման ռեակցիա

ՄԻԱՎ – Մարդու իմունային անբավարարության վիրուս

Ներածություն

Chlamydia trachomatis-ով հարուցված միզասեռական վարակը՝ քլամիդիոզը, ամենահաճախ ախտորոշվող ՍՎ-ներից է, որը սովորաբար ընթանում է սակավ կլինիկական նշաններով և մնալով չհայտնաբերված՝ դառնում է գուգընկերների վարակման, ինչպես նաև մի շարք բարդությունների զարգացման պատճառ [1]: Հիվանդության անախտանշան ընթացքն առավել հատուկ է կանանց՝ մինչև 80%, որոնցից 25-30%-ը հետագայում տառապում է չբերությամբ:

Քլամիդիոզը փոխանցվում է լորձաթաղանթների անմիջական շփման ընթացքում սեռական հարաբերության ժամանակ, ինչպես նաև բնական ծննդաբերական ուղիներով պտղի անցնելիս: Երբեմն փոխանցման այլ ուղիներ՝ չախտահանված բուժգործիքները, հոգնաների օգտագործումը, նույնպես կարող են դեր ունենալ այդ հիվանդության առաջացման հարցում:

Փոխանցման հավանականությունը սեռական զուգընկերների միջև հասնում է 75%-ի, հետևաբար վերջիններիս ծանուցումը, հետազոտումը և բուժումը շատ կարևոր են [2]:

Տեղեկատվության որոնման և գնահատման մեթոդաբանություն

Սույն Ուղեցույցը մշակվել է Մաշկավեներաբանների հայկական ասոցիացիայի անդամների կողմից: Տեղայնացման/ադապտացիայի սկզբնաղբյուրներ են հանդիսացել Սեռավարախների դեմ պայքայի միջազգային միության եվրոպական կազմակերպության (IUSTI-Europe) կողմից ստեղծված “2015 European guideline on the management of Chlamydia trachomatis infections” ուղեցույցը: Օգտագործվել են նաև Cochrane library և UpToDate շտեմարանների արդի տվյալները: Գրականական աղբյուրները ընտրվել են բանալի բառերի օգնությամբ իրականացված համակարգային որոնման հիման վրա: Փաստաթղթերի նկատմամբ կիրառվել են հետևյալ տեսակավորման ցուցանիշները՝ ուղեցույցերի ապացուցողական բնույթ (համակարգված ամփոփ տեսություն և ցանկացած խոհուրդի վերաբերյալ հստակ հղումների առկայություն), ազգային կամ համաշխարհային ամփոփումների կարգավիճակ, անգլերեն լեզու: Տեղայնացման/ադապտացիայի աշխատանքները իրականացվել են ըստ ADAPTE մեթոդաբանության՝ միջմասնագիտական աշխատանքային խմբի անդամների առերես հանդիպումների և հեռահար շփումների միջոցով: Ուղեցույցի դրույթների վերաբերյալ ապահովվել է աշխատանքային խմբի բոլոր անդամների կոնսենսուս:

Տեղեկատվության որակը գնահատելիս և ցուցումների ուժը որոշելիս հիմք է ընդունվել Սեռավարախների դեմ պայքայի միջազգային միության եվրոպական կազմակերպության կողմից առաջարկվող համակարգը, որը ներկայացված է հավելված 1-ում:

Սույն Ուղեցույցը ենթակա է պարբերական թարմացումների և/կամ խմբագրման յուրաքանչյուր 5 տարին մեկ կամ ավելի հաճախակի՝ կախված տվյալ ոլորտում նոր գիտագործնական տեղեկատվության ի հայտ գալուց:

Ախտորոշում

Կլինիկական պատկերը

Կանանց շրջանում [3,4]

Ախտանշանները, որոնք արտահայտվում են քլամիդիոզով տառապող կանանց 20%-ի դեպքում, պայմանավորված են վզիկաբորբով, միզուկաբորբով և դրանց բարդություններով՝

- լորձաթարախային վզիկաբորբ,
- հեշտոցային լորձաթարախային արտադրուկ,
- ստորոտրովայնային ցավ,
- հարաբերությանից հետո կամ միջդաշտանային արյունային արտադրուկ,
- դժվարամիզություն,
- ՓԿՕԲՀ նշաններ կամ խրոնիկական կոնքային ցավ:

Տղամարդկանց շրջանում [5,6]

Միզասեռական վարակն ընթանում է թույլ արտահայտված ախտանշաններով գրեթե 65%-ի դեպքում.

- ջրային մածուցիկ արտադրուկ միզուկից,
- դժվարամիզություն,

Երկու սեռերի դեպքում

Տղամարդու և կնոջ մոտ հնարավոր ախտանշաններն են՝

- անոռեկտալ արտադրուկը (հետանցքային հարաբերության դեպքում) և պրոկտիտի ախտանշանները,
- կոնյուկտիվիտը,
- հոդացավը:

Բարդությունները և հետևանքները կանանց շրջանում՝ [7,8,9]

- փոքր կոնքի օրգանների բորբոքային հիվանդություններ (ՓԿՕԲՀ),
- էնդոմետրիտ,
- սալպինգիտ,
- արտաարգանդային հղիություն,
- փողային չբերություն:

Միզասեռական քլամիդիոզով կանանց չբուժվելու դեպքում կարող է զարգանալ ՓԿՕԲՀ, որը կլինիկորեն ավելի թույլ է արտահայտված, քան գոնոկոկայինը, սակայն ավելի արագ է հանգեցնում չբերություն զարգացմանը (III) [10]: Քլամիդիոզի վաղաժամ հայտնաբերումը և արդյունավետ բուժումը զգալիորեն նվազեցնում են ՓԿՕԲՀ-ի զարգացման հավանականությունը [11]: Այլ բարդություններից են սեռական ճանապարհով ձեռք բերվող ռեակտիվ հոդաբորբը (SARA – sexually acquired reactive arthritis), հարյարդաբորբը՝ Ֆից-Հյու-Կուրտիսի համախտանիշ, քրոնիկական կոնքային ցավը, մեծահասակների շաղկապենաբորբը:

Բարդությունները և հետևանքները տղամարդկանց շրջանում՝

- **արական չբերություն (III) [12,13,14],**
- **ամորձիների, մականորձիների և շագանակագեղձի բորբոքում (պրոստատիտ) (III) [15,16,17,18]:**

Լաբորատոր ախտորոշումը՝

- **պոլիմերազային շղթայական ռեակցիա (ՊՇՌ) (I,A)[19],**
- բջջային կուլտուրայի անջատում,
- իմունեֆերմենտային հետազոտություն,
- ուղիղ ֆլյուորեսցենտման ռեակցիա:

Իմունաֆերմենտային անալիզ (ԻՖԱ)

- Ձգայունության սահմանները՝ 20-85%՝ ըստ կիրառվող թեստի տեսակի:
- Առավելությունները. տարբեր քանակով նմուշների թեստավորման համար պրակտիկ, արագ, ավտոմատացված, մատչելի:
- Թերությունները. բարձր յուրահատկությունը միշտ ապահովված չէ, անհրաժեշտ է նմուշը հավաքելու հմտություն և ճշգրտություն (վզիկից, միզուկից):

Պոլիմերազային շղթայական ռեակցիա (ՊՇՌ) (I,A)

- Ձգայունության սահմանները 70-95%:
- Առավելությունները. բարձր յուրահատկություն (97-99%), մեծաթիվ նմուշներ թեստավորելու համար պրակտիկ է:
- Թերությունները. թանկ և բարդ եղանակ է, պարտադիր անցկացվում է մասնագիտացված լաբորատորիայում:

Նմուշի ընտրությունը՝

- **տղամարդ՝ մեզի առաջին բաժին (I,A),**
- կին՝ ինքնուրույն վերցված հեշտոցային քսուք:

Տղամարդկանց շրջանում մեզի առաջին բաժնի հետազոտության զգայունությունը 85-95% է [20,21]:

Կանանց շրջանում առաջին բաժնի մեզի հետազոտության զգայունությունը ավելի քիչ է՝ 80-90% [20]:

Ուլիղ ֆլուորեսցենտման ռեակցիա (ՈւՖՌ)

- Ձգայունության սահմանները 50-90%:
- Առավելությունները. հարմար է և՛ ինվազիվ, և՛ ոչ ինվազիվ եղանակների դեպքում (օր.՝ մեզի հետազոտում):
- Թերությունները. ժամանակատար է և շատ նմուշների դեպքում կիրառելի չէ:

Բազմաթիվ ուսումնասիրություններով հաստատվել է ՊՇՌ մեթոդի՝ քլամիդիոզի ախտորոշման ժամանակ այլ հետազոտությունների նկատմամբ առավելությունը:

Ուստի կարելի է առաջարկել ՊՇՌ-ն որպես միզասեռական քլամիդիոզի ճշգրիտ ախտորոշման մեթոդ (I,A):

Հետազոտման ցուցումներ (IV,C)՝

- միզասեռական վարակի ախտանշաններ,
- շաղկապենաբորբ,
- փոքր կոնքի օրգանների բորբոքային հիվանդություններ,
- հոդաբորբ երիտասարդների շրջանում,
- խրոնիկական կոնքացավ,
- փողային չբերություն,
- ամորձու և մակամորձու բորբոքում,
- ռիսկային վարքագիծ,
- հղիություն,
- բժշկական ինվազիվ միջամտությունից առաջ (հղիության ընդհատում, ներարգանդային պարույրի տեղադրում, արհեստական բեղմնավորում):

Բուժման ցուցումներ (IV,C)՝

- Քլամիդիայով պայմանավորված վարակ:
- Զուգընկերոջ մոտ քլամիդիոզի առկայություն (տե՛ս «Զուգընկերների վարումը»):
- Եթե գոնոռեայով հիվանդ անձանց հնարավոր չէ հետազոտել քլամիդիայի նկատմամբ (տե՛ս «Միզուկաբորբերի համախտանիշային վարումը»):
- Քլամիդիոզի ախտանշաններով հիվանդին, երբ հնարավոր չէ հետազոտել քլամիդիայի նկատմամբ (տե՛ս «Միզուկաբորբերի համախտանիշային վարումը»):

Առաջարկվող բուժման տարբերակներ

Չբարդացած միզասեռական քլամիդիոզ

Որոշ մասնագետների կարծիքով վարակը կարող է ինքնաբերաբար վերանալ երկար ժամանակի ընթացքում [22]: Սակայն չբուժվելու դեպքում հաճախ դիտվում է քրոնիկական հարատևող ընթացք [23], որը կարող է առաջացնել բազմաթիվ բարդություններ: C. trachomatis-ի կայունությունը հակաբիոտիկների նկատմամբ (չնայած քիչ է նկարագրված մասնագիտական գրականության մեջ) կարող է առաջանալ ոչ արդյունավետ բուժման հետևանքով [24,25]:

Չբարդացած քլամիդիոզի բուժման առաջին ընտրության դեղամիջոցներն են՝ [26,27,28,29]

- **ազիթրոմիցին 1000մգ, խմելու, միանվագ (I,A) կամ**
- **դոքսիցիկլին 100մգ, խմելու, օրը 2 անգամ, 7 օր (I,A):**

Այլընտրանքային բուժում (II,B)՝

- **ջոզամիցին 500-1000մգ, խմելու, օրը 2 անգամ 7 օր (II,B)[30]**

Նշված բուժման սխեմաները կիրառելի են որպես մոնոթերապիա (միաբուժում) միայն C. trachomatis-ով պայմանավորված վարակների դեպքում: Այլ սեռավարակների հետ համադրության դեպքերի բուժումը կներկայացվի ստորև:

Հղի կանանց բուժումը

Հանձնարարվող եղանակներ՝

- **ազիթրոմիցին 1000 մգ, խմելու, միանվագ (I,A) [31,32,33,34,35]:**

Այլընտրանքային բուժում

- **ամոքսացիլին 500մգ, խմելու, օրը 3անգամ, 7օր [33] կամ**
- **ջոզամիցին 750մգ, խմելու, օրը 2 անգամ, 7 օր [34,35]:**

Միաժամանակ մի քանի սեռավարակի առկայություն

Տղամարդկանց և կանանց, ում մոտ ախտորոշվել է միզասեռական քլամիդիոզ, անհրաժեշտ է խորհուրդ տալ հետազոտվել այլ սեռավարակների նկատմամբ ևս: **Քլամիդիային վարակը ոչ սկզբին է ՄԻԱՎ-վարակի և այլ սեռավարակների համար: Այդ պատճառով անհրաժեշտ է առաջարկել առնվազն հետազոտվել հեպատիտ B-ի, գոնոռեայի, սիֆիլիսի և ՄԻԱՎ-վարակի նկատմամբ (I,A) [36,37]:**

Եթե հնարավոր է հետազոտել նաև M. genitalium-ի նկատմամբ, անհրաժեշտ է դա նույնպես իրականացնել [38,39]: Այդ համակցության դեպքում բուժումը պետք է իրականացնել ոչ թե միանվագ 1000մգ ազիտրոմիցինով, այլ ավելի երկարատև բուժման սխեմայով: Այս դեպքերում առաջարկվում է՝

- **Ազիտրոմիցին 500մգ, խմելու, միանվագ, հետագայում 250մգ, օրը 1 անգամ 4 օր (III,C):**

Հատուկ տեղեկություններ

- Սահմանել սեռական ժուժկալություն մինչև բուժման ավարտը:
- Բուժման ճշգրիտ կատարումը պայմանավորված է հիվանդի լիարժեք իրազեկմամբ, որը տեղեկություններ է ներառում քլամիդիայով վարակման ուղիների, հիվանդության հետևանքների, զուգընկերների հետազոտման կարևորության, ախտորոշման և բուժման սխեմաների ու կողմնակի ազդեցությունների մասին:

Հատուկ տեղեկություններ հղի կանանց համար

- Տետրացիկլինային և խինոլոնների խմբի հակաբիոտիկները հակացուցված են:
- Բուժումից 3 շաբաթ անց հիվանդին անհրաժեշտ է կրկին հետազոտել, քանի որ բուժման եղանակները ոչ բոլոր հիվանդների դեպքում են ապահովում լիարժեք արդյունավետություն:

Հատուկ տեղեկություններ ՄԻԱՎ վարակակիր անձանց համար

Քլամիդիոզով և ՄԻԱՎ-վարակով հիվանդ անձինք պետք է ստանան նույն բուժումը, ինչ ՄԻԱՎ-վարակ չունեցող հիվանդները:

Ձուգընկերների վարումը

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

Հսկողությունը

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 կասկածը,
- ախտանշանների կայունությունը,
- հիվանդի կողմից բուժումը ճիշտ կատարելու նկատմամբ կասկածը,
- վերավարակման հնարավորությունը,
- էրիթրոմիցինով բուժումից հետո (բուժման ձախողման հնարավորություն):

Հետազոտում բուժումից հետո

- ԻՖԱ՝ բուժման ավարտից 2 շաբաթ անց,
- ՊՇՌ՝ բուժման ավարտից 3-4 շաբաթ անց:

Քանի որ ՊՇՌ մեթոդով չեն տարբերակվում կենդանի և մահացած հարուցիչները, ուստի բուժումից հետո 4-6 շաբաթվա ընթացքում հետազոտությունը կարող է լինել դրական (կեղծ դրական): Բուժումից 3 ամիս հետո հետո խորհուրդ է տրվում հետազոտել *C.trachomatis*-ի և այլ սեռավարակների հարուցիչների նկատմամբ:

Քլամիդիոզային վարակ նորածինների շրջանում

Նորածիններին քլամիդիային վարակը փոխանցվում է ծննդ. բերության ժամանակ՝ ծնուղիներով անցնելիս: Քլամիդիոզով հիվանդ մորից ծնված երեխան ունի վարակման չափազանց մեծ վտանգ: Նորածինների շրջանում նաև կարող է առաջանալ բերանի, ըմպանի, սեռական ուղիների և հետանցքի անախտանիշ վարակ, հետևաբար վարակված մորից բնական ճանապարհով ծնված երեխան պետք է բուժման ենթարկվի: Հղի կանանց պարտադիր նախածնական դիտարկումը կկանխի նորածիններին քլամիդիային վարակի փոխանցումը:

Կլինիկական ախտորոշումը

- Հարձննդային քլամիդիային վարակը նորածինների դեպքում ընդգրկում է աչքի, բերանի խոռոչի, ըմպանի, միզասեռական ուղիքի և ուղիղ աղու լորձաթաղանթները:
- Քլամիդիային վարակը երբեմն զարգանում է շաղկապենաբորբի նշաններով, որոնք հայտնվում են ծնվելուց 5-12 օր հետո:
- Քլամիդիան նաև պատճառ է ենթասուր աֆեբրիլ թոքաբորբի, որն սկսվում է 1-3 ամսական հասակում: Բնորոշ նշաններն են հաճախակի կրկնվող հազը հաճախաշնչության հետ, խորացված ներշնչումը և երկկողմանի սփռուն ներսփռումներ ռենտգեն նկարում:

Լաբորատոր ախտորոշում

- Թոքաբորբի դեպքում նմուշները պետք է վերցվեն քթնապանից քլամիդիային հետազոտության համար:
- Քլամիդիային թոքաբորբի ախտորոշման վերջնական ստանդարտներն են հյուսվածքային ցանքսը, շնչափողի արտազատուկի ասպիրատը: Թոքային բիոպսիայի նմուշները հնարավորինս պետք է ստուգվեն:

- Միկրոիմունոֆլուորեսցենտ հետազոտությամբ քլամիդիային հակամարմիններ հայտնաբերելը օգտակար է նորածինների շրջանում քլամիդիային թոքաբորբ ախտորոշելու համար: Ի դեպ, IgM հակամարմինների 1:32 տիտրի հայտնաբերումը քլամիդիային թոքաբորբի հավանական նշան է:

Հետազոտման ցուցումները՝

- եղջերաթաղանթի բորբոքման կլինիկական ախտանշաններ
- թոքաբորբի կլինիկական ախտանշաններ

Բուժումը

Շաղկապենաբորբի բուժման եղանակը

- էրիթրոմիցինի 50մգ/կգ/օրական, բաժանած 4 դեղաչափի, խմելու, 10-14 օր:
- Տեղային հակաբիոտիկային բուժումն անհրաժեշտ չէ, եթե ընդհանուր բուժում է կատարվում:

Հսկողությունը

- Բուժման ազդեցությունը որոշելու համար նորածինների նկատմամբ հսկողությունը հանձնարարելի է: Էրիթրոմիցինով բուժման արդյունավետությունը մոտ 80% է: Բուժման երկրորդ կուրս կարող է պահանջվել: Զուգահեռ քլամիդիային թոքաբորբի հավանականությունը հնարավոր է:

Ընդհանուր տեղեկություններ

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

Ակնային վարակի կանխարգելումը

- Նորածինների շրջանում ակնային քլամիդիային վարակի կանխարգելումը արժաթի նիտրատի 0.25%-անոց լուծույթով կամ հակաբիոտիկային քսուքներով արդյունավետ չէ, սակայն պարտադիր է գոնորեոռեան կանխելու համար:

Քլամիդիոզային վարակ երեխաների շրջանում

Ոչ սեռահասուն երեխայի դեպքում քլամիդիային վարակի հնարավոր պատճառ կարող է լինել սեռական բռնությունը:

Սակայն միզասեռական ուղու, քթըմպանի և ուղիղ աղիքի հարձնդային (պերինատալ) քլամիդիային երկարատև վարակը կարող է ընթանալ մեկ տարուց ավելի:

Բուժումը

- 45կգ-ից ցածր երեխաներ՝ էրիթրոմիցինի 50մգ/կգ/օրական, բաժանած 4 դեղաչափի, խմելու, 10-14 օր,
- 45կգ-ից բարձր երեխաներ. կիրառել ազիթրոմիցինով բուժման եղանակը, ինչ մեծահասակ հիվանդների դեպքում:

Հսկողությունը

- Էրիթրոմիցինով բուժման արդյունավետությունը մոտ 80% է:

Հնարավոր է բուժման 2-րդ կուրսի անհրաժեշտություն:

Ներդրման հնարավորություններ և աուդիտի վերաբրեյալ առաջարկները

Տվյալ ուղեցույցի ներդրման գործում ոչ մի խոչընդոտ չկա: Նկարագրված հետազոտման մեթոդները և բուժման մեջ կիրառվող դեղամիջոցները հասանելի են ՀՀ ամբողջ տարածքում:

Հետևյալ ցուցանիշները կարելի է կիրառել իբրև աուդիտ՝

- 100% քլամիդիոզով պացիենտները բուժվել են համապատասխան հակաբակտերիալ ռեժիմով

- 100% պացիենտներին խորհուրդ է տրվել խուսափել սեռական հարաբերություններից բուժման ավարտից 7 օրվա ընթացքում
- 50% պացիենտները կրկնակի հետազոտվել են 3 ամիս հետո

Գրականության ցանկ

1. Everett KD, Bush RM, Andersen AA. Emended description of the order *Chlamydiales*, proposal of *Parachlamydiaceae* fam. nov. and *Simkaniaceae* fam. nov., each containing one monotypic genus, revised taxonomy of the family *Chlamydiaceae*, including a new genus and five new species, and standards for the identification of organisms. Int J Syst Bacteriol 1999;49 Pt 2:415-40.
2. Markos AR. The concordance of *Chlamydia trachomatis* genital infection between sexual partners, in the era of nucleic acid testing. Sex Health 2005;2:23-4.
3. Johnson BA, Poses RM, Fortner CA, Meier FA, Dalton HP. Derivation and validation of a clinical diagnostic model for chlamydial cervical infection in university women. JAMA 1990;264:3161-5.
4. McCormack WM, Rosner B, McComb DE, Evrard JR, Zinner SH. Infection with *Chlamydia trachomatis* in female college students. Am J Epidemiol 1985;121:107- 15.
5. McNagny SE, Parker RM, Zenilman JM, Lewis JS. Urinary leukocyte esterase test: a screening method for the detection of asymptomatic chlamydial and gonococcal infections in men. J Infect Dis 1992;165:573-6.
6. Kent CK, Chaw JK, Wong W, Liska S, Gibson S, Hubbard G, et al. Prevalence of rectal, urethral, and pharyngeal chlamydia and gonorrhea detected in 2 clinical settings among men who have sex with men: San Francisco, California, 2003. Clin Infect Dis 2005;41:67-74.
7. Cates W, Jr., Wasserheit JN. Genital chlamydial infections: epidemiology and reproductive sequelae. Am J Obstet Gynecol 1991;164:1771-81.
8. Hillis SD, Wasserheit JN. Screening for chlamydia--a key to the prevention of pelvic inflammatory disease. N Engl J Med 1996;334:1399-401.

9. Hillis SD, Owens LM, Marchbanks PA, Amsterdam LF, Mac Kenzie WR. Recurrent chlamydial infections increase the risks of hospitalization for ectopic pregnancy and pelvic inflammatory disease. *Am J Obstet Gynecol* 1997;176:103-7.
10. World Health Organization Task Force on the Prevention and Management of Infertility. Tubal infertility: serologic relationship to past chlamydial and gonococcal infection. World Health Organization Task Force on the Prevention and Management of Infertility. *Sex Transm Dis* 1995;22:71-7.
11. Ross J, Judlin P, Nilas L. European guideline for the management of pelvic inflammatory disease. *Int J STD AIDS* 2007;18:662-6.
12. Bezold G, Politch JA, Kiviat NB, Kuypers JM, Wolff H, Anderson DJ. Prevalence of sexually transmissible pathogens in semen from asymptomatic male infertility patients with and without leukocytospermia. *Fertil Steril* 2007;87:1087-97.
13. Greendale GA, Haas ST, Holbrook K, Walsh B, Schachter J, Phillips RS. The relationship of *Chlamydia trachomatis* infection and male infertility. *Am J Public Health* 1993;83:996-1001.
14. Joki-Korpela P, Sahrakorpi N, Halttunen M, Surcel HM, Paavonen J, Tiitinen A. The role of *Chlamydia trachomatis* infection in male infertility. *Fertil Steril* 2009;91:1448-50.
15. Pearson RC, Baumber CD, McGhie D, Thammar IV. The relevance of *Chlamydia trachomatis* in acute epididymitis in young men. *Br J Urol* 1988;62:72-5.
16. Kaneti J, Sarov B, Sarov I. IgG and IgA antibodies specific for *Chlamydia trachomatis* in acute epididymitis. *Eur Urol* 1988;14:323-7.
17. Eley A, Oxley KM, Spencer RC, Kinghorn GR, Ben-Ahmeida ET, Potter CW. Detection of *Chlamydia trachomatis* by the polymerase chain reaction in young patients with acute epididymitis. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 1992;11:620-3.
18. De JZ, Pontonnier F, Plante P, Gautier JR, Ioualalen A, Archambaud M, et al. The frequency of *Chlamydia trachomatis* in acute epididymitis. *Br J Urol* 1988;62:76-8.
19. Watson EJ, Templeton A, Russell I, Paavonen J, Mardh PA, Stary A, et al. The accuracy and efficacy of screening tests for *Chlamydia trachomatis*: a systematic review. *J Med Microbiol* 2002;51:1021-31.

20. Cook RL, Hutchison SL, Østergaard L, Braithwaite RS, Ness RB. Systematic review: noninvasive testing for *Chlamydia trachomatis* and *Neisseria gonorrhoeae*. *Ann Intern Med* 2005;142:914-25.
21. Gaydos CA, Ferrero DV, Papp J. Laboratory aspects of screening men for *Chlamydia trachomatis* in the new millennium. *Sex Transm Dis* 2008;35:S45-S50.
22. Parks KS, Dixon PB, Richey CM, Hook EW, III. Spontaneous clearance of *Chlamydia trachomatis* infection in untreated patients. *Sex Transm Dis* 1997;24:229-35.
23. Joyner JL, Douglas JM, Jr., Foster M, Judson FN. Persistence of *Chlamydia trachomatis* infection detected by polymerase chain reaction in untreated patients. *Sex Transm Dis* 2002;29:196-200.
24. Somani J, Bhullar VB, Workowski KA, Farshy CE, Black CM. Multiple drug-resistant *Chlamydia trachomatis* associated with clinical treatment failure. *J Infect Dis* 2000;181:1421-7.
25. Wang SA, Papp JR, Stamm WE, Peeling RW, Martin DH, Holmes KK. Evaluation of antimicrobial resistance and treatment failures for *Chlamydia trachomatis*: a meeting report. *J Infect Dis* 2005;191:917-23.
26. Lau CY, Qureshi AK. Azithromycin versus doxycycline for genital chlamydial infections: a meta-analysis of randomized clinical trials. *Sex Transm Dis* 2002;29:497-502.
27. Adimora AA. Treatment of uncomplicated genital *Chlamydia trachomatis* infections in adults. *Clin Infect Dis* 2002;35:S183-S186.
28. Schillinger JA, Kissinger P, Calvet H, Whittington WL, Ransom RL, Sternberg MR, et al. Patient-delivered partner treatment with azithromycin to prevent repeated *Chlamydia trachomatis* infection among women: a randomized, controlled trial. *Sex Transm Dis* 2003;30:49-56.
29. Golden MR, Whittington WL, Handsfield HH, Hughes JP, Stamm WE, Hogben M, et al. Effect of expedited treatment of sex partners on recurrent or persistent gonorrhea or chlamydial infection. *N Engl J Med* 2005;352:676-85.
30. Colombo U, Pifarotti G, Amidani M, Viezzoli T, Pifarotti P. [Rokitamycin in the treatment of female genital *Chlamydia* and *Mycoplasma* infections. Comparative study vs josamycin]. *Minerva Ginecol* 1998;50:491-7.

31. Pitsouni E, Iavazzo C, Athanasiou S, Falagas ME. Single-dose azithromycin versus erythromycin or amoxicillin for *Chlamydia trachomatis* infection during pregnancy: a meta-analysis of randomised controlled trials. *Int J Antimicrob Agents* 2007;30:213-21.
32. Rahangdale L, Guerry S, Bauer HM, Packel L, Rhew M, Baxter R, et al. An observational cohort study of *Chlamydia trachomatis* treatment in pregnancy. *Sex Transm Dis* 2006;33:106-10.
33. Rastogi S, Das B, Salhan S, Mittal A. Effect of treatment for *Chlamydia trachomatis* during pregnancy. *Int J Gynaecol Obstet* 2003;80:129-37.
34. Czeizel AE, Rockenbauer M, Olsen J, Sorensen HT. A case-control teratological study of spiramycin, roxithromycin, oleandomycin and josamycin. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2000;79:234-7.
35. Soltz-Szots J, Schneider S, Niebauer B, Knobler RM, Lindmaier A. [Significance of the dose of josamycin in the treatment of chlamydia infected pregnant patients]. *Z Hautkr* 1989;64:129-31.
36. Workowski KA, Berman SM. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2006. *MMWR Recomm Rep* 2006;55:1-94.
37. Harindra V, Tobin JM, Underhill G. Opportunistic chlamydia screening; should positive patients be screened for co-infections? *Int J STD AIDS* 2002;13:821-5.
38. Haggerty CL. Evidence for a role of *Mycoplasma genitalium* in pelvic inflammatory disease. *Curr Opin Infect Dis* 2008;21:65-9.
39. Ross JD. Is *Mycoplasma genitalium* a cause of pelvic inflammatory disease? *Infect Dis Clin North Am* 2005;19:407-13.

Ապացուցողականության մակարդակները

- Ia Ապացույցները ստացվել են պատահական բաշխմամբ վերահսկվող փորձարկումների մետա-վերլուծություններից
- Ib Ապացույցները ստացվել են առնվազն մեկ պատահական բաշխմամբ վերահսկվող հետազոտությունից
- IIa Ապացույցները ստացվել են առնվազն մեկ լիարժեք նախագծած ոչ պատահական բաշխմամբ փորձարկումից
- IIb Ապացույցները ստացվել են առնվազն մեկ լիարժեք նախագծված կեղծ-փորձարարական հետազոտությունից
- III Ապացույցները ստացվել են լիարժեք նախագծված ոչ փորձարարական նկարագրողական հետազոտություններից, ինչպիսիք են համեմատական հետազոտությունները, կորելացիոն հետազոտությունները և դեպքերի վերահսկման նկարագրությունները
- IV Ապացույցները ստացվել են փորձագիտական խմբերի զեկույցների կամ կարծիքների և (կամ) անվանի հեղինակների կլինիկական փորձառության հիման վրա

Ապացույցների մակարդակը

A (Ia, Ib մակարդակի ապացույցներ)

Պահանջվում է առնվազն մեկ ՊԲՎՓ, որպես ընդհանուր առմամբ բարձր որակի գրականության հատված, հասցեագրված տվյալ հանձնարարականին:

B (IIa, IIb, III մակարդակի ապացույցներ)

Պահանջվում է լիարժեք իրականացված հասանելի ոչ ՊԲՎՓ-եր հասցեագրված տվյալ հանձնարարականին:

C (IV մակարդակի ապացույցներ)

Պահանջվում է փորձագիտական խորհրդի զեկույցներից կամ կարծիքներից և (կամ) հեղինակավոր գիտնականների կլինիկական փորձառությունից ստացված ապացույցներ հասցեագրված տվյալ հանձնարարականին: Ցույց է տալիս տվյալ հանձնարարականին

ուղղակիորեն առնչվող որակյալ հետազոտությունների բացակայությունը:

Աշխատանքային խմբի անդամների հայտարարագրեր

Ես, **Միքայել Ռաֆիկի Սահակյանս**, հանդիսանալով Սեռավարակների վարման ուղեցույցի աշխատանքային խմբի անդամ, հայտարարում եմ, որ վերջին հինգ տարիների ընթացքում ներկայացրել եմ մի շարք վարձատրվող դասախոսություններ Աստելաս, Տոնուս Լես և Գեդեոն Ռիխտեր դեղագործական ընկերությունների կողմից կազմակերպված գիտագործմանական կոնֆերանսների ժամանակ:

Ես, **Հովհաննես Արտաշեսի Հովհաննիսյանս**, հանդիսանալով Սեռավարակների վարման ուղեցույցի աշխատանքային խմբի անդամ, հայտարարում եմ, որ 2015թ.-ին ստացել եմ գրանտ ՄԵԴԱ դեղագործական ընկերություններից արտասահմանում կայացող գիտաժողովների մասնակցության նպատակով: Վերջին հինգ տարիների ընթացքում ներկայացրել եմ մի շարք վարձատրվող դասախոսություններ մաշկավեներաբանության արդի հիմնախնդիրների վերաբերյալ Աստելաս, Մեդա, Բեռլին Խեմի Մենարինի, Սանդոզ, Բայեռ, Գեդեոն Ռիխտեր դեղագործական ընկերությունների կողմից կազմակերպված գիտագործմանական կոնֆերանսների ժամանակ:

Ես, **Գրիգոր Ալբերտի Հարությունյանս**, հանդիսանալով Սեռավարակների վարման ուղեցույցի աշխատանքային խմբի անդամ, հայտարարում եմ, վերջին հինգ տարիների ընթացքում չեմ ունեցել ֆինանսական առընչություն ոչ մի դեղագործական ընկերության հետ:

