



ყვედაფეხი ვენეხუდი დაავადებების შესახებ

„ოჯახის მკურნალის“ ბიბლიოთეკა

თბილისი 2013

„იცნობდე, რათა დაამარცხო“ პოპულარულ ენაზე დაწერილი სამედიცინო წიგნების სერიაა. თითოეულ წიგნში თავმოყრილია შეძლებისდაგვარად სრული ინფორმაცია ამა თუ იმ დაავადებაზე. ეს საშუალებას მისცემს მკითხველს, უკეთ გაიცნოს პათოლოგია, რომელიც მას ან მის ახლობელს აწუხებს; რაკი უკეთ გაიცნობს, ისწავლის მასთან ბრძოლის ხერხებს და დაამარცხებს კიდევ.

რედაქტორი

თამარ მაჰაცაშვილი

უმედგენელი

ნინო ჩარგეიშვილი

სტილისტი

ქეთი ნიკოლეიშვილი

კორექტორი

ნატო ტოროშელიძე

ბარეკანის დიზაინი

ნანუკა ჭყონია

კომპიუტერული უზრუნველყოფა

ლევან ლაცაბიძე

ISSN 2233-3215

ISBN 978-9941-0-4216-4

ს ა რ ჩ ე ვ ი

სქესობრივი გზით გადამდები

ინფექციები — სვბი	5-69
სვბი-ს გადაცემის გზები და რისკგუფები	6
სვბი-ს ნიშნები	7
სიფილისი — ათაშანგი	10
გონორეა	15
ქლამიდიოზი	17
ტრიქომონიაზი	23
ურეაპლაზმოზი	28
მიკოპლაზმოზი	29
გარდნერელოზი	29
პაპილომაჰირუსული ინფექცია	30
გენიტალური ჰერპესი	42
B და C ჰეპატიტები	47
ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსი	48
სასქესო ორგანოთა სოკოვანი დაავადება	61

გამონადენი სასქესო ორგანოებიდან

70-78

გამონადენი მამაკაცებში	70
გამონადენი ქალებში სვბი-ს დროს	76

გენიტალიების წყლული

79-82

წანაწარმები სასქესო ორგანოებზე

სვბი-ს დროს	83-87
-------------------	-------

კითხვები სვბ-ს შესახებ	88-91
------------------------------	-------

სიახლეები	92-99
-----------------	-------

1. სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციები – სგვი

სგვი, ანუ სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციები, ისეთი ინფექციებია, რომელთა გადაცემა უპირატესად სქესობრივი კონტაქტით ხდება. ამჟამად ცნობილია 30-ზე მეტი სგვი. მათ შორის ყველაზე მეტადაა გავრცელებული ტრიქომონიაზი, ქლამიდიოზი, სიფილისი, გონორეა, ჰერპესი, B და C ჰეპატიტები და შიდსი.

სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციების (სგვი) ისტორია ათეულობით საუკუნეს ითვლის. ჩვენამდე მოღწეული ცნობებით, ეს დაავადებები ძველ რომშიც კი ყოფილა გავრცელებული. მას შემდეგ ბევრმა წყალმა ჩაიარა, თუმცა ვენერული (როგორც მათ ძველად უწოდებდნენ) დაავადებების რიცხვი არათუ არ შემცირებულა, მოიმატა კიდევ. უფრო მეტიც — წინათ თუ, ასე ვთქვათ, კლასიკური, მედიცინის სახელმძღვანელოებში აღწერილი სიმპტომებით აღვილად შეიძლებოდა ამა თუ იმ სქესობრივი გზით გადამდები დაავადების ამოცნობა, დღეისათვის ძალიან იშვიათია შემთხვევა, რომელიმე ასეთი სნეულება იზოლირებულად აღმოაჩნდეს ადამიანს, — მაგალითად, მხოლოდ სიფილისი ან მხოლოდ გონორეა. ისინი, წესისამებრ, კომპლექსურად ხვდებათ სპეციალისტებს. მაგალითად, გონორეასთან ერთად ხშირია ქლამიდიური ინფექცია ან მიკოპლაზმოზი. ამიტომ ხშირად არის შემთხვევა, რომ არასპეციალისტის მიერ ნამკურნალები სგვი მკურნალობის დასრულებიდან მცირე ხნის შემდეგ ისევ იჩენს თავს, მეტიც

— ქრონიკულ ფორმას იღებს და სამუდამო სატანჯველად ექცევა ადამიანს.

მე-20 საუკუნის სქესობრივი რევოლუციის შემდეგ სქესობრივი გზით გადამდებმა ინფექციებმა ხალხში უფრო მეტად მოიკიდა ფეხი, ამავე საუკუნის მიწურულს კი თავი იჩინა ისეთმა მრისხანე დაავადებებმა, როგორებიც C ჰეპატიტი და შიდსია. მათ გავრცელებას განსაკუთრებით შეუწყო ხელი საზღვრების გახსნამ. მიუხედავად ყველაფრისა, ეს თემა საზოგადოებაში დღემდე ტაბუდადებულია. ზაფხული, შვებულებები და მათთან დაკავშირებული ხანმოკლე „ბობოქარი“ ნაცნობობის დრო თითქმის მიიწურა. სამაგიეროდ, იწყება „წუთიერი სიამოვნებით“ გამოწვეული პრობლემების სტატისტიკური ათვლა. გთავაზობთ იმ სიმპტომთა ჩამონათვალს, რომელთა აღმოჩენისას დაუყოვნებლივ უნდა მიმართოთ სპეციალისტს და მხოლოდ სპეციალისტს! წინააღმდეგ შემთხვევაში, ძალზე უსიამოვნო შედეგები გელით — მუდმივი ანთებითი პროცესებით დაწყებული და უშეილობით დამთავრებული.

ვიდრე თითოეული ინფექციის დახასიათებაზე გადავიდოდეთ, ვახსენოთ რისკჯგუფები და გადაცემის გზებიც.

1.1 სგგი-ს გადაცემის გზები და რისკჯგუფები

სგგი-ს გადაცემა შესაძლებელია ნებისმიერი გზით (ვაგინალური, ანალური, ორალური) განხორციელებული სქესობრივი აქტის შედეგად და ხანდახან აქტის გარეშეც – სასქესო ორგანოების შეხებითაც კი, განურჩევლად პატრნიორისა (როგორც შემთხვევით პარტნიორთან, ასევე ცოლქმრული ურთიერთობის დროს) და იმისა, სქესობრივი აქტი განხორციელდა ერთჯერადად თუ მრავალჯერადად. ასე რომ, სქესობრივი ცხოვრების მქონე ნებისმიერი პირი დგას სგგდ-ით დაინფიცირების რისკის ქვეშ.

არსებობს სგგდ-ის გაერცელების ზოგიერთი სხვა გზაც: მაგ., შიღსით, აგრეთვე B და C ჰეპატიტებით დაინფიცირება შესაძლებელია დაავადებული პირის სისხლთან კონტაქტის გზით — ნახმარი შპრიცების ან ნემსების გამოყენებისას ან სისხლის გადასხმის შედეგად. ხოლო სიფილისისა და ჰერპეზის გადაცემა ზოგჯერ კოცნითაც არის შესაძლებელი.

სგგდ (შიღსის ჩათვლით) არ გადაიცემა საზოგადოებრივი თავშეყრის ადგილებში შემთხვევითი კონტაქტებით: შეხებით, ხელის ჩამორთმევით, სახელურებზე ხელის მოკიდებით, საერთო აბანოსა და საცურაო აუზის ან საერთო ჭურჭლისა და საკვების გამოყენებით.

სგგი-თ დასნებოვნების ალბათობა პარტნიორთა რაოდენობასა და მათი ცვლის სიხშირეზეა დამოკიდებული. რისკ-ჯგუფებში შედიან სექსმუშაკები, სქესობრივი უმცირესობები (მაგალითად, ჰომოსექსუალები, რომლებიც ერთგვარ დახურულ ჯგუფებს ქმნიან) და ის ახალგაზრდები, რომლებიც მოუწესრიგებელ სქესობრივ ცხოვრებას ეწევიან. რისკჯგუფს ეკუთვნიან ექიმები და ის პირებიც, რომელთაც პროფესიული საქმიანობისას სისხლთან აქვთ კონტაქტი, მაგრამ თუ ელემენტარულ წესებს დაიცავენ, რისკი მინიმუმამდე დადის.

1.2 სგგი-ს ნიშნები

სგგი-სთვის, უწინარეს ყოვლისა, დამახასიათებელია გამონადენი და შარდვის დროს წვა. თუმცა რამდენადმე განსხვავებულად ვლინდება ქალებსა და მამაკაცებში.

ქალებში ინფექციის ხშირი ნიშნებია:

- უჩვეულო, მეტწილად სუნიანი გამონადენი საშოდან;
- ქავილი და/ან წვა საშოს მიდამოში;
- ბუშტუკები, წყლულები და სხვა სახის გამონაყარი საშოს ირგვლივ, შორისის მიდამოში ან სხეულის სხვა ნაწილებზე;

○ ტკოილი სქესობრივი აქტის დროს და/ან მოშარდვისას;

○ ტკოილი მუცლის ქვემო არეში.

მამაკაცებში ინფექციის ხშირი ნიშნებია:

○ ტკოილი და/ან წვა მოშარდვისას;

○ სასქესო ასოდან თეთრი ან მოყვითალო გამონადენი;

○ ბუშტუკები, წყლულები და სხვა გამონაყარი ან კანის სხვა ცვლილებები სასქესო ასოზე, შორისის მიდამოში ან სხეულის სხვა ნაწილებზე.

თუ რომელიმე მათგანი შეამჩნიეთ, დაუყოვნებლივ მიმართეთ ექიმს. სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციები ზოგჯერ სხვა ინფექციების მსგავსი ზოგადი სიმპტომებით: საერთო სისუსტით, კუნთების ტკოილით, ქრონიკული დაღლილობით, ცხელებით, შემცოვნებით, ყელის ტკოილით, ღებინებით, ნაწლავთა აშლილობით, უმადობით — გამოვლინდება, ზოგჯერ კი, მეტადრე — ქალებში, სრულიად უსიმპტომოდ მიმდინარეობს. თუ თქვენს პარტნიორს სქესობრივი გზით გადამდები დაავადება აღმოაჩნდა, განურჩევლად იმისა, გაქვთ თუ არა დაავადების ნიშნები, საკვებით მოსალოდნელია, თქვენც ინფიცირებული იყოთ.

აივ-ით (შიდსის გამომწვევით — ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსით) ინფიცირებისას დაავადების ნიშნები შესაძლოა თვეობითაც კი არ გამოჩნდეს.

როგორ მოვიქცეთ სგგდ-ის ნიშნების აღმოჩენისას?

მიმართეთ ექიმს დიაგნოზის დასაზუსტებლად და დროულად დაიწყეთ მკურნალობა. დროულად დაწყებულ და სწორად წარმართულ მკურნალობას ასეთი დაავადებების უმრავლესობა ადვილად ემორჩილება. აუცილებელია მკურნალობის ბოლომდე მიყვანა!

ყველაფერი იღონეთ, რათა ინფექცია არ გაავრცელოთ თავი შეიკავეთ სქესობრივი კონტაქტისგან, ვიდრე მკურნალობას არ დაასრულებთ და დაავადების ყველა ნიშანი არ გაქრება, თორემ ინფექცია პარტნიორს გადაეღება, მისგან კი შესაძლოა ხელმეორედ დაინფიცირდეთ. თუ სქესობრივი კონტაქტისთვის თავის არიდებას ვერ შეძლებთ, გამოიყენეთ ბარიერული თავდაცვის საშუალება — კონდომი.

დაეხმარეთ თქვენს სქესობრივ პარტნიორს — თუ ის ინფიცირებულია, დაარწმუნეთ ექიმთან მისვლისა და მკურნალობის აუცილებლობაში. თუ თქვენ იმკურნალებთ, ზოლო პარტნიორი — არა, შესაძლოა, მისგან კვლავ დაინფიცირდეთ.

მკურნალობის დასასრულს აუცილებლად მიმართეთ ექიმს, რათა დარწმუნდეთ, რომ განიკურნეთ. თუ ინფექცია ორგანიზმში ჯერ კიდევ არის, ექიმი დამატებით მკურნალობას დაგინიშნავთ.

თვითმკურნალობა საშიშია!

მკურნალობის დაგვიანებამ ან არასწორად ჩატარებამ შესაძლოა ჯანმრთელობას სერიოზული ზიანი მიაყენოს. ქალებში სგგდ იწვევს ისეთ გართულებებს, როგორებიც არის მენჯის ღრუს ორგანოების ქრონიკული ანთება, საშვილოსნოს ყელის კიბო, სასქესო ორგანოების სხვა სიმსივნეები, უნაყოფობა, საშვილოსნოსგარე ორსულობა.

როგორ შეიძლება ამ დაავადებების თავიდან აცილება?

სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციების თავიდან აცილების ერთადერთი საიმედო გზა უსაფრთხო სექსია.

ერიდეთ შემთხვევით სქესობრივ კავშირებს.

ყოველი შემთხვევითი სქესობრივი კონტაქტის დროს გამოიყენეთ ახალი კონდომი.

გაითვალისწინეთ: ალკოჰოლი და ნარკოტიკები სიფხიზლეს ადუნებს და ხელს უწყობს სგგდ-ის გავრცელებას.

1.3. სიფილისი — ათაშანგი

სიფილისი, ანუ ათაშანგი, როგორც მას ქართულად უწოდებენ, ინფექციური დაავადებაა. ის აზიანებს კანს, ლორწოვანს, შინაგან ორგანოებს, იმუნურ სისტემას, ძვლებსა და ნერვულ სისტემას. დაავადების გამომწვევია მკრთალი ტრეპონემა.

თითქოს დაავადება სიფილისი წარსულს ჩაბარდა, მაგრამ უკანასკნელ ხანს აშშ-ისა და ევროპის ქვეყნებში მისი ახალი ტალღა აგორდა. მოულოდნელად ასეთმა შემობრუნებამ ზოგიერთი ექიმი საგონებელში ჩააგდო. საქმე იქამდეც კი მივიდა, რომ ექიმებს სწორი დიაგნოზის დასმა უჭირდათ. გერმანიაში 2001-2006 წლებში სიფილისით დაავადებულთა რიცხვი ორჯერ გაიზარდა, ბრიტანეთში — 10-ჯერ, საფრანგეთში კი — 16-ჯერ.

გადაცემის გზები

ათაშანგით ინფიცირების ყველაზე გავრცელებული გზა სქესობრივი კონტაქტია. ინფიცირება ხდება გენიტალიების, ექსტრაგენიტალიების კანის მცირე დეფექტებიდან, ასევე — ლორწოვანის ეპითელიუმიდან.

ნერწყვში ათაშანგის გამომწვევი მხოლოდ იმ შემთხვევაში ხვდება, როდესაც გამონაყარი პირის ღრუს ლორწოვან გარსზე ჩნდება.

ძალიან იშვიათად სიფილისით დასნებოვნება შესაძლოა მოხდეს საყოფაცხოვრებო ნივთების (ჭურჭლის, პირსახოცისა და სხვა) საშუალებით.

ჩვილს დაავადება შესაძლოა გადაედოს სიფილისით დაავადებული დედის რძის მეშვეობით. ასევე შესაძლებელია ნაყოფის ინფიცირება მუცლადყოფნის დროს და ვითარდება თანდაყოლილი სიფილისი. თანდაყოლილი სიფილისი იყოფა ნაა-

დრევ (ვლინდება ორ წლამდე) და გვიან (ვლინდება უფრო გვიან ასაკში) ფორმებად.

შარდისა და ოფლის საშუალებით სიფილისის გადაცემის შემთხვევები აღრიცხული არ არის.

სიფილისის სიმპტომები და მიმდინარეობა

სიფილისი ინფიცირების დასაწყისიდანვე ზოგადინფექციური დაავადებაა, რომელიც წლობით გრძელდება. დაავადების გამწვავება გამოიხატება მისი აქტიური გამოვლენით კანზე, ლორწოვანსა და შინაგან ორგანოებზე. სიფილისის კლინიკური სურათისა და საინკუბაციო პერიოდის ხანგრძლივობის შეცვლის, მცირესიმპტომიანი და უსიმპტომო ფორმების ჩამოყალიბების ძირითადი მიზეზია წამლების, მათ შორის — ანტიბაქტერიული პრეპარატების ხშირი და მიზანშეუწონელი გამოყენება, ასევე — ორგანიზმის იმუნური ძალების დაქვეითება. სიფილისის საინკუბაციო პერიოდი საშუალოდ 3-4, იშვიათად — 2-6 კვირაა. სიფილისის სიმპტომები მეტად მრავალფეროვანია და დაავადების სტადიის შესაბამისად იცვლება.

სიფილისის პირველი სტადია ვითარდება საინკუბაციო პერიოდის დასრულების შემდეგ. დაავადების გამომწვევის ორგანიზმში შეღწევის ადგილას (სასქესო ორგანოები, პირის ღრუს ლორწოვანი გარსი, სწორი ნაწლავი, სხეულის ამა თუ იმ ნაწილის კანი) ჩნდება მკეროფუძიანი უმტკივნეულო წყლული — მაგარი შანკრი. ის, როგორც წესი, ერთია. წყლულის გაჩენიდან 1-2 კვირის შემდეგ დიდდება ახლომდებარე ლიმფური კვანძები (წყლულის პირის ღრუში ლოკალიზაციისას — ყბისქვეშა ლიმფური კვანძები, ხოლო სასქესო ორგანოების დაზიანებისას — საზარდულისა). 3-6 კვირაში წყლული თავისთავად, მკურნალობის გარეშე ხორცდება. მაგარი შანკრის გაქრობა აჩვენებს, რომ დაავადება გადავიდა ლატენტურ სტადიაში, რომლის დროსაც ორგანიზმში მიმდინარე-

ეობს ტრეპონემების (სიფილისის გამომწვევების) აქტიური გამრავლება. ათაშანგის განვითარებისას უმეტესად სწორედ ასეთი სურათი ვითარდება, თუმცა ინფექცია შესაძლოა ატიპურადაც გამოვლინდეს: შანკრი იყოს მრავლობითი, მტკივნეული ან ჩირქოვანი.

სიფილისის მეორე სტადია იწყება მაგარი შანკრის გამოჩენიდან 4-10 კვირის შემდეგ (ანუ დასნებოვნებიდან 2-4 თვის შემდეგ) და თუ მკურნალობა არც ამ შემთხვევაში ჩატარდა, 3-5 წელი გრძელდება. ამ სტადიას ახასიათებს სიმეტრიული მკრთალი გამონაყარი მთელ სხეულზე, ხელისგულებისა და ფეხისგულების ჩათვლით. გამონაყარის გაჩენას ხშირად თან სდევს თავის ტკივილი, უხასიათობა, ზოგადი სისუსტე, ტემპერატურის მომატება (როგორც გრიპის შემთხვევაში). ლიმფური კვანძები მთელ სხეულში დიდდება.

მეორე სტადიაზე სიფილისი მიმდინარეობს გამწვავებისა და რემისიის (უსიმპტომო პერიოდის) მონაცვლეობით. ამასთანავე, მოსალოდნელია თმის ცვენა, კონდილომების გაჩენა სასქესო ორგანოებსა და უკანა ტანის მიდამოში.

მესამე სტადია იწყება დასნებოვნებიდან მრავალი წლის შემდეგ. მისი განვითარების მიზეზია დაავადების ნებაზე მიშვება ან უფრო ადრეული ფორმების არაადეკვატური თერაპია. ამ სტადიაში ზიანდება ნერვული სისტემა (თავისა და ზურგის ტვინის ჩათვლით), ძვლები და შინაგანი ორგანოები (მოსალოდნელია თვალის სიფილისური დაზიანება, მენინგიტი, ჰეპატიტი, გლომერულონეფრიტი, გულის დაზიანება და ა.შ.).

სამეცნიერო გამოკვლევათა შედეგების მიხედვით თუ ვიმსჯელებთ, მკურნალობის გარეშე დაავადებულთა დაახლოებით მესამედს უვითარდება მესამე სტადიის სიფილისი იმ კლინიკური ნიშნებითა და დაზიანებებით, რომლებზეც უკვე ვისაუბრეთ. ამ კატეგორიის ავადმყოფთა მეოთხედი სწორედ ამ დაავადებით იღუპება. როგორც უკვე აღვნიშნეთ, გვიან სტა-

დიაში ეს დაავადება ნერვული სისტემისა და შინაგანი ორგანოების მძიმე დაზიანებას იწვევს. ორსულის დასნებოვნების შემთხვევაში სიფილისი შესაძლოა გადაედოს ნაყოფს და გამოიწვიოს სხვადასხვა სიმაზინჯე, გვიანი სპონტანური აბორტი ან მკედრადშობადობა, ხოლო თუ ბავშვი მაინც დაიბადა — მძიმე გართულებები და სიკვდილიც კი.

სიფილისის დიაგნოსტიკა

სიფილისის დიაგნოზის დასასმელად საჭიროა გამოკვლევა მკრთალ ტრეპონემაზე, ასევე — სხვადასხვა სეროლოგიური და იმუნოლოგიური გამოკვლევა. პირველი სტადიის სიფილისის დიაგნოსტიკა ხდება მაგარი შანკრის გამონაყოფის, რეგიონული ლიმფური კვანძების პუნქტატის გამოკვლევის გზით.

მეორე სტადიის სიფილისის დიაგნოსტიკისთვის ბაქტერიოსკოპიული მეთოდით იკვლევენ პაპულური და პუსტულოზური ელემენტების, კანისა და ღორწოვანი გარსების ეროზიული და ჰიპერტროფიული პაპულების მასალას.

სიფილისის მკურნალობა

სიფილისის მკურნალობის სქემა მსოფლიოში მიღებული სტანდარტით იგება და მხოლოდ მას შემდეგ ხორციელდება, რაც დიაგნოზი კვლევის ლაბორატორიული მეთოდებით დადასტურდება. სიფილისის მკურნალობა მოითხოვს სხვადასხვა ფაქტორის, მაჩვენებლის, დამამძიმებელი მომენტის გათვალისწინებას. ხშირად ამაზეა დამოკიდებული მკურნალობის მეთოდის არჩევანი. სიფილისის სამკურნალოდ გამოიყენება რამდენიმე ჯგუფისა და სხვადასხვა თაობის სპეციფიკური ანტიბაქტერიული პრეპარატები. სწორედ ისინი უდევს საფუძვლად თერაპიას. მკურნალობისას პაციენტმა მკაცრად უნდა დაიცვას ძილის, კვების რეკომენდებული რეჟიმი, მიიღოს ვიტა-

მინები, არ მიეკაროს ალკოჰოლს, დასაცავია მკურნალობის კურსებს შორის ინტერვალის ხანგრძლივობაც. ეს ყოველივე საგრძნობლად ზრდის მკურნალობის ეფექტურობას. სიფილისის მკურნალობისას არსებითი მნიშვნელობა ენიჭება ავადმყოფის ორგანიზმის მდგომარეობას, მის რეაქტიულობას, ამიტომ მკურნალობის პროცესში აუცილებელია ინფექციებისადმი წინააღმდეგობის უნარის ამაღლება. საამისოდ ინიშნება პრეპარატები, რომლებიც ასტიმულირებენ ორგანიზმის თავდაცვით რეაქციებს. ვენეროლოგი ყოველ ცალკეულ შემთხვევაში სიფილისის სტადიის, გართულებების, სხვა ორგანოებისა და სისტემების თანმხლები დაავადების, ალერგიული ფონის, სხეულის მასის გათვალისწინებით ადგენს მედიკამენტების აუცილებელ დოზას, იმუნომოდულატორების, ფერმენტების, ვიტამინებისა თუ ფიზიოთერაპიული პროცედურების დამატებითი გამოყენების აუცილებლობას. სიფილისის მკურნალობის დასრულების შემდეგ აუცილებელია სისხლის რამდენიმეჯგუფის კლინიკურ-სეროლოგიური გამოკვლევა, სიფილისის სტადიის შესაბამისად.

სიფილისის პროფილაქტიკა

სიფილისის პროფილაქტიკა გულისხმობს ღონისძიებათა მთელ კომპლექსს:

○ მოსახლეობის ინფორმირებას დაავადებისა და მისი შედეგების შესახებ;

○ მომატებული რისკის მქონე ჯგუფებთან მუშაობას;

○ სქესობრივი პარტნიორის ერთგულებას, შემთხვევითი სქესობრივი კავშირების მინიმუმამდე დაყვანას;

○ პრეზერვატივის გამოყენებას;

○ სისხლის ანალიზის რეგულარულ ჩაბარებას;

○ კლინიკებში დაავადების დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის ხარისხის გაუმჯობესებას;

- ეპიდემიოლოგიურ მკურნალობას;
- პარტნიორისთვის დაავადების შესახებ ინფორმაციის მიწოდებას;
- ინფექციის სკრინინგს.

თუ ერთ-ერთი პარტნიორი მკურნალობის შედეგად გამოჯანმრთელდა, მეორე კი არა, ადვილი შესაძლებელია, ნამკურნალევი ადამიანი ხელმეორედ დაავადდეს. ძალიან მნიშვნელოვანია, სქესობრივმა პარტნიორებმა აცნობონ ერთმანეთს დაავადების შესახებ, თუნდაც არაფერი აწუხებდეთ, და დაარწმუნონ ერთმანეთი, ჩაიტარონ გამოკვლევები, ხოლო საჭიროების შემთხვევაში — მკურნალობის კურსი. უსიმპტომო მიმდინარეობა არ ამცირებს გართულებათა განვითარებისა და პარტნიორის ინფიცირების რისკს.

1.4. გონორეა

გონორეა სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციაა. ინფიცირება ვაგინალური, ანალური ან ორალური სქესობრივი აქტის დროს ხდება. საყოფაცხოვრებო ნივთების, მაგალითად, სააბაზანოს ღრუბლის, პირსახოცის, უნიტაზის სახურავის მეშვეობით ზრდასრული ადამიანის დასნებოვნება პრაქტიკულად შეუძლებელია, თუმცა არის შემთხვევები, როდესაც გოგონები ინფიცირდებიან დედის პირსახოცით გამშრალებისას, თუ მასზე შერჩენილია ჯერ კიდევ შეუმშრალი გონოკოკებით სავსე ჩირქი.

გონორეას გონოკოკი იწვევს. შარდსადენ მილში მისი მოხვედრისას ვითარდება ურეთრიტი (შარდსადენი არხის ანთება). თუ გონოკოკი საშოში მოხვდა, აღმოცენდება კოლპიტი (საშოს ანთება) ან ცერვიციტი (საშვილოსნოს ყელის ანთება). პირის ღრუში მოხვედრილი გონოკოკი იწვევს სტომატიტს (პირის ღრუს ანთებას), ტონზილიტს (ნუშურა ჯირკვლების

ანთებას), ფარინგიტს (ხახის ანთებას), ხოლო სწორ ნაწლავში მოხვედრილი — პროქტიტს (სწორი ნაწლავის ანთებას).

სიმპტომები და მიმდინარეობა

დაავადების ფარული პერიოდი (გონოკოკი ორგანიზმშია, მაგრამ სიმპტომები ჯერ არ არის გამოვლენილი) რამდენიმე საათიდან 2-10 დღემდე გრძელდება.

ქალებში გონორეა ხშირად უსიმპტომოდ მიმდინარეობს, თუმცა არცთუ იშვიათად სიმპტომების მართებული შეფასება მათი გამოვლენის შემთხვევაშიც ვერ ხდება. მაგალითად, საშოდან მოყვითალო-მოთეთრო გამონადენს, ჩვეულებრივ, კანდიდოზს (რძიანას) უკავშირებენ, შარდვის დროს ტკივილს — ცისტიტს, არადა ერთიც და მეორეც შესაძლოა გონორეაზე მიუთითებდეს. დაავადებისას ქალი შესაძლოა უჩიოდეს ტკივილს მუცლის ქვედა არეში და სისხლიან გამონადენს მენსტრუაციული ციკლის შუა პერიოდში.

მამაკაცებში გონორეა უფრო თვალსაჩინოდ ვლინდება: შარდსადენი არხიდან გამოიყოფა უსიამოვნო სუნის მქონე მოყვითალო-მოთეთრო ლორწო, შარდის გამოყოფის პროცესს უსიამოვნო შეგრძნებები (წვა, ტკივილი) ახლავს თან, სასქესო ასოს თავი წითლდება და შუბდება, შესაძლოა, მის ირგვლივ პატარ-პატარა წყლულებიც გაჩნდეს.

გონოკოკური ფარინგიტი პრაქტიკულად უსიმპტომოდ მიმდინარეობს, მაგრამ არის შემთხვევები, როცა ყელის ტკივილი აღმოცენდება. ყოველთვის არც პროქტიტის ამოცნობაა შესაძლებელი, იშვიათად თუ აღინიშნება სწორ ნაწლავში ქავილი და ფეკალურ მასებს მოჰყვება ლორწო და ჩირქი.

თუ გონორეა 2 თვის განმავლობაში არ განიკურნა, ქრონიკულ ხასიათს მიიღებს და თვალების, სახსრებისა და სხვა მნიშვნელოვანი ორგანოების დაზიანებას დაიწყებს. ქალებში ქრონიკული გონორეა საშვილოსნოს დანამატების (საკვერ-

ცხეებისა და საშვილოსნოს ყელის) ანთებას იწვევს და შესაძლოა, საქმე უშვილობამდეც კი მივიდეს. მამაკაცთა უნაყოფობის მიზეზიც ხშირად სწორედ შორსწასული გონორეაა.

დიაგნოსტიკა

გონორეაზე ეჭვის მიტანისთანავე უნდა მიმართოთ ვენეროლოგს. დღეს ამ დაავადების ანონიმურად მკურნალობაც შეიძლება. დიაგნოზს ჩივილებისა და გამოკვლევის საფუძველზე სვამენ. აუცილებელია შარდსადენი არხიდან გამონადენის ლაბორატორიული გამოკვლევა, ასევე — სისხლისა და შარდის ანალიზი.

ბევრი მიმართავს ე.წ. პროოკაციის ტესტს: შემთხვევითი სქესობრივი აქტის შემდეგ ძილის წინ ორიოდ კათხა ღუდს, მწარე ან მჟავე საკვებს მიირთმევენ და მეორე დღით ამოწმებენ, არის თუ არა, ან რა ფერისაა გამონადენი. მსგავსი „ტესტირება“ გონორეის არსებობის ან არარსებობის დასტურად ვერ ჩაითვლება!!!

მკურნალობა

მკურნალობის მართებული სქემის შერჩევა მხოლოდ ექიმ ვენეროლოგს შეუძლია. ამჟამად გონორეას ანტიბიოტიკებით მკურნალობენ, პარალელურად ზრუნავენ იმუნიტეტის გაძლიერებაზე და უნიშნავენ ფიზიოპროცედურებს. თუ ერთ-ერთ სქესობრივ პარტნიორს გონორეა აღმოაჩნდა, მეორემ აუცილებლად უნდა ჩაიტაროს გამოკვლევა, ხოლო საჭიროების შემთხვევაში — სათანადო მკურნალობა.

1.5. ქლამიდიოზი

ქლამიდიური ეტიოლოგიის თვალის დაავადების შესახებ პირველი ინფორმაცია ჯერ კიდევ ძველ აღთქმაში გვხვდება.

ქლამიდიების ძველთაძველი მოდგმის სამ წარმომადგენელს (pneumoniae, psittaci, trachomatis) შეუძლია, ადამიანის ორგანიზმში ორგანულ დაზიანებათა მთელი წყება გამოიწვიოს. ეს იშვიათი მიკროორგანიზმი ერთდროულად აზიანებს გარეთა და შიგნითა სასქესო ორგანოებს, სასუნთქი გზების ლორწოვან გარსს, გულისა და სისხლძარღვების ინტიმას, სახსრების სინოვიურ ჩანართებს, კბილებს, მხედველობისა და სმენის ორგანოებს. სინათლის მიკროსკოპში ძნელად გასარჩევ ორგანიზმს მედიკოსები დიდხანს არ აქცევენ ყურადღებას, რადგან ავადმყოფებს არ ჰქონიათ მძიმე ანამნეზი და არც მიკრობის აღმოჩენის ისტორია ყოფილა ხმაურიანი. ამჟამად უკვე ცნობილია, რომ სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების ნუსხაში ქლამიდიოზს ერთ-ერთი პირველი ადგილი უკავია, ხოლო აშშ-ში აღიარებულია სქესობრივი გზით გადამდებ ყველაზე გავრცელებულ პათოლოგიად. ქლამიდიას ვერც ვირუსებს მივაკუთვნებთ და ვერც ბაქტერიებს, რადგან აგებულებითა და ფუნქციობით გაცილებით რთულია პირველზე და მარტივია მეორეზე. ამ მიკროორგანიზმით მსოფლიოში ყოველწლიურად 90 მილიონი ადამიანი ინფიცირდება.

გადაცემის გზები

ქლამიდიებით ინფიცირება, ჩვეულებრივ, სქესობრივი კონტაქტის დროს ხდება. დაავადების საინკუბაციო პერიოდი 2 კვირიდან 1 თვემდეა. ბავშვებიც შეიძლება დაინფიცირდნენ ქლამიდიოზით — დაავადებული დედისგან გადაედოთ სამშობიარო გზების გავლის დროს. ასევე შესაძლებელია დაავადების გადაცემა საყოფაცხოვრებო-კონტაქტური გზით. მაგალითად, დადგენილია, რომ ქლამიდიის ინფიცირების უნარს ინარჩუნებს საყოფაცხოვრებო ნივთებზე, მათ შორის — ბამბის ქსოვილზე, 2 დღე-ღამის განმავლობაში 18-19 გრადუსი ტემპერატურის პირობებში.

სიმპტომები და მიმდინარეობა

ქლამიდიოზი უმეტესად უსიმპტომოდ ან მინიმალური გამოვლინებით მიმდინარეობს. ქალებში თავს იჩენს ისეთი კლინიკური სიმპტომებით, როგორიც არის ლორწოვანი ან ლორწოვან-ჩირქოვანი გამონადენი საშოდან. ნორმალური გამონადენისგან მას განასხვავებს უსიამოვნო სუნი ან მოყვითალო ფერი. მოსალოდნელია აგრეთვე:

- ყრუ ტკივილი გარეთა და შიგნითა სასქესო ორგანოების საპროექციო მიდამოში;

- ქავილი და წვა (შესაძლოა, შარდვის დროსაც), ტკივილი მცირე მენჯის არეში;

- ტკივილის გაძლიერება მენსტრუაციის წინ;

- მენსტრუაციათა შორის სისხლდენა.

გარდა ამისა, ქალი შესაძლოა უჩიოდეს ზოგად სისუსტეს და მსუბუქ ტემპერატურულ რეაქციას, რაც ინტოქსიკაციის სიმპტომს წარმოადგენს.

მამაკაცებში ქლამიდიური ინფექცია თავდაპირველად ვლინდება როგორც შარდსადენის მსუბუქი ანთება — ურეთრიტი, რომელიც გახანგრძლივებულ, ქრონიკულ სახეს იღებს და გრძელდება არა უმცირეს რამდენიმე თვისა. შარდვისას შესაძლოა იგრძნობოდეს ქავილი და წვა. მოსალოდნელია სხვადასხვა ხასიათის ყრუ ტკივილიც სათესლე ჯირკვლის, სათესლე პარკის, შარდსადენისა და წელის მიდამოში. სხეულის ტემპერატურამ შესაძლოა 37 გრადუსამდე მოიმატოს და განვითარდეს საერთო სისუსტე, რაც ასევე ინტოქსიკაციის შედეგია. შესაძლოა, აღინიშნებოდეს შარდის შემღვრევა მასში ჩირქოვანი ძაფების არსებობის გამო, შარდვისა და ეაკულაციის შემდეგ — სისხლიანი გამონადენი. ზოგჯერ ქლამიდიისა ლორწოვანზე დიდხანს რჩება იზოლირებული მიკროკოლონიების სახით ამას მედიცინაში მატარებლობას უწოდებენ. ამ შემთხვევაში კლინიკური, ინსტრუმენტული და ლაბორა-

ტორიული კვლევა ორგანოთა არავითარ დაზიანებას არ ავლენს, სხვაგვარად რომ ვთქვათ, ადამიანი კლინიკურად ჯანმრთელია, მხოლოდ მაღალი სიზუსტის ლაბორატორიული მეთოდების საშუალებით თუ აღმოვაჩენთ ქლამიდიებს. ეს მდგომარეობა იმუნური სისტემის მხრივ ქლამიდიების გამრავლების დათრგუნვით არის განპირობებული.

ქლამიდიოზის დროს მოსალოდნელია მრავალი გართულება, კერძოდ:

○ რეიტერის დაავადება (ურეთროოკულოსინოვიური სინდრომი). მისთვის დამახასიათებელია სიმპტომების ტრიადა: ურეთრიტი, კონიუნქტივიტი და ართრიტი. ამ სინდრომის დროს მოსალოდნელია კანის დაზიანებაც.

○ ურეთრის სტრიქტურა — შარდსადენის შევიწროება ურეთრის ლორწოვანი გარსის ნაწიბუროვანი ცვლილების გამო. ამ გართულების მკურნალობის ერთადერთი გზა ოპერაციული ჩარევაა.

○ ორქიეპიდიდიმიტი, რომელიც იწვევს სპერმაგენეზის (სპერმატოზოიდების წარმოების) შეფერხებას და შესაძლოა, მამაკაცის უშვილობის მიზეზად იქცეს.

○ ქრონიკული პროსტატიტი, რომელიც გავლენას ახდენს წინამდებარე ჯირკვლის ქსოვილზე და ცვლის პროსტატის სეკრეტის რაოდენობასა და ხარისხს, ეს კი მამაკაცის ცხოვრების ხარისხზე უარყოფითად მოქმედებს.

○ ქალებში — მცირე მენჯის ორგანოთა ანთებითი დაავადებები. ქლამიდიური ინფექცია შესაძლოა შეიჭრას საშვილოსნოში, საშვილოსნოს დანამატებში, საშვილოსნოს მილებში და გამოიწვიოს ანთებითი პროცესი — ენდომეტრიტი, სალპინგოოფორიტი, სალპინგიტი. ქლამიდიოზისთვის დამახასიათებელია საშვილოსნოს მილებში ნაწიბურებისა და შებორცვების წარმოქმნა, რაც შესაძლოა საშვილოსნოსგარე ორსულობისა და უშვილობის მიზეზად იქცეს.

○ ქლამიდიოზი ხშირად იწვევს ორსულობის ნაადრევ შეწყვეტას, ზოლო მშობიარობის დროს, როგორც გითხარი, დიდია რისკი იმისა, რომ დაავადებული დედისგან ქლამიდიოზი ბავშვსაც გადაედოს.

ქლამიდიოზის დიაგნოსტიკა

ქლამიდიოზის დიაგნოსტიკა საკმაოდ რთულია. დაავადება ზოგჯერ კლინიკური ნიშნების გარეშე მიმდინარეობს, ზოგჯერ კი სიმპტომები იმდენად უმნიშვნელოა, რომ ავადმყოფი ყურადღებას არც კი აქცევს. ზოგჯერ ქლამიდიოზის კლინიკური სიმპტომატიკა 10-14 დღეში თავისთავად ქრება, მაგრამ ეს მოჩვენებითი განკურნებაა. სინამდვილეში დაავადება გადადის ქრონიკულ სტადიაში და ნებისმიერ ხელსაყრელ შემთხვევაში შეიძლება გამწვავდეს. როგორც მამაკაცებისთვის, ისევე ქალებისთვის ინფექციის განვითარების უკანასკნელ წერტილს წარმოადგენს უნაყოფობა, ზოლო თუ მაინც მოხერხდა დაორსულება, სპონტანური აბორტის ალბათობა დიდია. ქლამიდიოზის დიაგნოსტიკისთვის იყენებენ მიკროსკოპიულ, სეროლოგიურ მეთოდებს, დნმ-მეთოდს, იმუნოფერმენტულ ანალიზს, ქლამიდიების გამოყოფას უჯრედების კულტურაში, პოლიმერულ ჯაჭვურ რეაქციას.

ქლამიდიოზის მკურნალობა

ქლამიდიოზი მკურნალობას ძნელად ემორჩილება. ქლამიდიურ ინფექციას ერთსა და იმავე დროს აქვს როგორც ბაქტერიისთვის, ასევე ვირუსისთვის დამახასიათებელი თვისებები, ახასიათებს როგორც უჯრედშიდა, ასევე უჯრედგარე განვითარების რთული ციკლი. ცხოველმყოფელობის პროცესში ქლამიდიები ინერგებიან ორგანიზმის უჯრედებში და არღევენ მათ. ამას თან სდევს ანთებითი რეაქციები, რომლებიც იწვევს შეზორცებით პროცესებს და იმუნური

სისტემის გამოფიტვას. ვინაიდან *Chlamydia trachomatis* უჯრედშიდა პარაზიტია, მედიკამენტების არჩევანი შემოიფარგლება იმ საშუალებებით, რომლებსაც უჯრედში შეღწევის უნარი შესწევთ. ამის კვალობაზე, ანტიბიოტიკებიდან გამოიყენება მაკროლოდები. თუმცა ქლამიდიების სპეციფიკური უჯრედშიდა გამრავლების გამო მხოლოდ ანტიბიოტიკებით მკურნალობა ყოველთვის არ იძლევა მათი განადგურების შესაძლებლობას. ქლამიდიოზის მკურნალობის მთავარი პრინციპია ინდივიდუალური მიდგომა, დაფუძნებული ანამნეზსა და ზედმიწევნითი კლინიკური გამოკვლევის მონაცემებზე. დიდი მნიშვნელობა ენიჭება ზოგადი და ადგილობრივი იმუნიტეტის ამაღლებას. ამისთვის საჭიროა ვიტამინების მიღება, ცხოვრების ჯანსაღი წესის დაცვა და დიეტა. ანტიბიოტიკებთან ერთად ქლამიდიოზის მკურნალობის სქემაში შესაძლოა ჩართულ იქნეს სოკოს საწინააღმდეგო პრეპარატები, იმუნომოდულატორები. ურეთრიდან ჭარბი გამონადენის შემთხვევაში — ადგილობრივი ანტიმიკრობული პრეპარატები. აუცილებლად უნდა ჩაუტარდეს გამოკვლევა და საჭიროების შემთხვევაში — მკურნალობა პაციენტის ყველა სქესობრივ პარტნიორს. მკურნალობის პერიოდში სქესობრივი ცხოვრება არ არის რეკომენდებული ან დასაშვებია მხოლოდ პრეზერვატივის გამოყენებით. მკურნალობის პერიოდში ასევე თავი უნდა შევიკავოთ ალკოჰოლური სასმლის მიღებისგან. რეკომენდებულია, შეიზღუდოს რძის პროდუქტები.

განკურნების კრიტერიუმები

განკურნების კრიტერიუმებია:

○ სასქესო ორგანოების მორფოლოგიურ ცვლილებათა არარსებობა;

○ ქლამიდიოზის კლინიკური სიმპტომების გაქრობა;

○ ლეიკოციტური რეაქციის მყარი ნორმალიზება.

ქლამიდოზის პროფილაქტიკა

უკანასკნელ ხანს ქლამიდოზი ხშირად გვხვდება სქესობრივი გზით გადამდებ სხვა ინფექციებთან — გონორეასთან, ურეაპლაზმოზთან, მიკოპლაზმოზთან, ტრიქომონიაზთან, კანდიდოზთან, ათაშანგთან ერთად, ამიტომ შემთხვევითი სქესობრივი კავშირის შემდეგ აუცილებელია ანალიზის ჩაბარება ფარულ სასქესო ინფექციებზე. საპროფილაქტიკოდ კი საჭიროა რიგი ღონისძიებები:

○ სქესობრივი კავშირის პიგიენის, კერძოდ, ბარიერული საშუალებების გამოყენების პროპაგანდა.

○ აუცილებელია, დაავადების აღმოჩენის შემთხვევაში პაციენტმა საკმის კურსში ჩააყენოს სქესობრივი პარტნიორი, რათა დროული მკურნალობით მინიმუმამდე იქნეს დაყვანილი იმ გართულებათა განვითარების საფრთხე, რომლებზეც ზემოთ ვისაუბრეთ.

1.6. ტრიქომონიაზი

ტრიქომონიაზი სქესობრივი გზით გადამდებ ინფექციურ დაავადებათა ჯგუფს ეკუთვნის. ის პირველად XX საუკუნის დასაწყისში აღწერეს. ამჟამად მსოფლიოში ერთ-ერთ ყველაზე გავრცელებულ სქესობრივი გზით გადამდებ დაავადებად მიიჩნევა. ამ თვალსაზრისით მან გონორეასა და სიფილისსაც კი გაასწრო — ყოველ წელიწადს მისი 300 მილიონზე მეტი ახალი შემთხვევა აღინუსხება.

გადაცემის გზები

საშოს ტრიქომონადა ერთუჯრედიანი, ოვალური ან მსხლის ფორმის მიკროორგანიზმია. უწყინარი უმარტივესებისგან განსხვავებით, ის ადამიანის შარდ-სასქესო გზებში ბინადრობს და ანთებით პროცესებს იწვევს: ქალებში — საშოს, საშვილოსნოს

ყელისა და იმ ჯირკვლების ანთებას, რომლებიც სქესობრივი აქტისთვის აუცილებელ სეკრეტს გამოყოფს, მამაკაცებში კი — შარსადენისა და წინამდებარე ჯირკვლის ანთებას.

ტრიქომონიაზით დასნებოვნება უმთავრესად სქესობრივი გზით ხდება. იშვიათად, მაგრამ მაინც შესაძლებელია სხვაგვარად ინფიცირებაც. მაგალითად, ადამიანი შეიძლება დასნებოვნდეს დააუადებულის მიერ ახალგამოყენებული, ჯერ კიდევ სველი ღრუბლის ან პირსახოცის მოხმარების დროს.

ადამიანის შარდ-სასქესო გზებში ან სასქესო ორგანოში მოხედრილი ტრიქომონადები სწრაფად ეკერიან მათ ზედაპირზე მდებარე უჯრედებს, მრავლდებიან და მასპინძლის უჯრედებს აზიანებენ. დასნებოვნების მომენტიდან დააუადების პირველი ნიშნების გამოვლენამდე 4 დღიდან 4 კვირამდე დრო გადის.

სხვადასხვა ქვეყნის ვენეროლოგების დაკვირვებათა საფუძველზე ვარაუდობენ, რომ ტრიქომონიაზი უმეტესად რეპროდუქციული ასაკის ქალებს ემართებათ, თუმცა ისიც სათქმელია, რომ დააუადება ქალებში უფრო გამოხატული სიმპტომებით მიმდინარეობს, მამაკაცებში კი ან არავითარი გამოვლინება არ აქვს, ან სუსტად არის გამოხატული. იშვიათად, მაგრამ მაინც გვხვდება შემთხვევებიც, როცა ქალებში ტრიქომონიაზი უსიმპტომოდ მიმდინარეობს, მამაკაცებში კი პირიქით — კლინიკა მძაფრია.

სიმპტომები და მიმდინარეობა

დააუადების მიმდინარეობის თავისებურებათა მიხედვით, განასხვავებენ ახალ ტრიქომონიაზს, ქრონიკულ ტრიქომონიაზსა და ტრიქომონადომატარებლობას.

○ ტრიქომონიაზი ახალია, თუ ადამიანი მხოლოდ 2 თვის დასნებოვნებულია. თავის მხრივ, ახალი ტრიქომონიაზი შეიძლება იყოს მწვავე, ქვემწვავე და სუსტად მიმდინარე.

მწვავე მიმდინარეობისას ქალები უჩივიან საშოდან მოთეთრო ფერის ქაფიან გამონადენს, რომელსაც აქვს დამახასიათებელი მოშუშული თევზის სუნი. გარეთა სასქესო ორგანოები გაწითლებული და შეშუპებულია. ვითარდება ქავილი და წვის შეგრძნება. სქესობრივი აქტი მტკივნეულია. თუ ტრიქომონადები შარდ-სასქესო გზებში დასახლდნენ, შარდ-ვა შეიძლება მტკივნეული იყოს.

მამაკაცებში მწვავე ტრიქომონიაზი უპირატესად შარსადენ მილს აზიანებს, რის გამოც მათ შარდვის დროს წვა და ტკივილი აწუხებთ.

ახალი ტრიქომონიაზის სიმპტომები ადეკვატური მკურნალობის გარეშე 2-3 კვირაში გაოფლის, მაგრამ ეს გამოჯანმრთელებას არ ნიშნავს. პირიქით — დაავადება ქრონიკულ ფორმაში გადადის.

○ ტრიქომონიაზი ქრონიკულია, თუ უკვე 2 თვეზე მეტი ხანია გრძელდება. ახასიათებს ხანგრძლივი მიმდინარეობა პერიოდული გამწვაებებით. გამწვაებების პროვოცირება შეუძლია სხვადასხვა ფაქტორს. მაგალითად, ზოგად ან გინეკოლოგიურ დაავადებას, გაციებას ან სასქესო ორგანოების არასწორ ჰიგიენას. ქალებს ტრიქომონიაზის სიმპტომები შეიძლება გაუძლიერდეთ მენსტრუაციის დროს.

○ ტრიქომონადომატარებლობა ინფექციის ისეთი მიმდინარეობაა, როცა საშოში ტრიქომონადები კი ბინადრობენ, მაგრამ დაავადება კლინიკურად არ ვლინდება. ტრიქომონიაზის ფარული ფორმა ადამიანს შეიძლება წლობით ჰქონდეს და არ აწუხებდეს, მაგრამ სქესობრივ პარტნიორს ის საფრთხეს უქმნის.

რითაა საშიში ინფექცია?

სასქესო ორგანოებში ანთებითი პროცესებით გამოწვეული ცვლილებების გამო ტრიქომონიაზი არცთუ იშვიათად უშვი-

ლობის მიზეზად იქცევა. მამაკაცის ორგანიზმში ტრიქომონადები იწებებენ სპერმატოზოიდებს და შთანთქავენ გლუკოზას, რომელიც აუცილებელია სასქესო უჯრედების მოძრაობისთვის და ამით მათ განაყოფიერების უნარს ართმევენ.

ტრიქომონადები მეტად ვერაგი არსებები არიან: მათ შეუძლიათ, თავიანთ სხეულში სქესობრივი გზით გადამდები სხვა მიკროორგანიზმები დამალონ. ყველაზე ხშირად მათში გონოკოკები და ტრეპონემები ბინადრობენ და ამ გზით წამლისთვის მიუწვდომელნი ხდებიან. ასე რომ, სანამ ადამიანი ამ ერთუჯრედიან პარაზიტს არ მოიშორებს, სხვა ვენერული დაავადებისგან განკურნება შეუძლებელია.

დიაგნოსტიკა

ტრიქომონიაზე ეჭვისას აუცილებელია ექიმთან მისვლა. ქალებმა შეიძლება გინეკოლოგს მიმართონ, მამაკაცებმა — უროლოგს. ტრიქომონიაზის მსგავსი სიმპტომები სხვა დაავადებასაც ახასიათებს, ამიტომ სწორი დიაგნოზის დასმა აუცილებელია. არ არის გამორიცხული, პაციენტს ვენეროლოგის ან დერმატოლოგის კონსულტაციაც დასჭირდეს.

ტრიქომონიაზის დიაგნოსტიკისთვის მიკროსკოპიულად იკვლევენ საშოდან და შარდ-სასქესო გზებიდან აღებულ ნაცხს, ასევე — წინამდებარე ჯირკვლის სეკრეტს.

მკურნალობა

ტრიქომონიაზი იკურნება, მაგრამ საჭიროა, მოვიკრიბოთ მოთმინება და მკაცრად დავიცვათ ექიმის დანიშნულება.

ტრიქომონიაზის სამკურნალოდ ანტიტრიქომონადული პრეპარატები გამოიყენება, მაგრამ ისინი აუცილებლად ექიმმა უნდა დანიშნოს. თანაც მხოლოდ ამ პრეპარატებით მკურნალობა შედეგს არ გამოიღებს. საქმე ის არის, რომ ჩვენს ქვეყანაში ასიდან 90 შემთხვევაში ტრიქომონიაზით დაავადე-

ბულები ექიმთან უკვე ქრონიკულ სტადიაში მიდიან, ამიტომ ინფექციის მოქმედების შესაჩერებლად და დესტრუქციული ცვლილებების მინიმალურ დონეზე დასაყვანად საჭირო ხდება თანამედროვე დონის კომპლექსური მკურნალობა. პირველ რიგში უნდა შეიქმნას სათანადო პირობები, რათა ანტიტრიქომონოდურმა ქიმიოპრეპარატებმა გამომწვევის ყველა კრამდე მიაღწიონ, ეს კი მხოლოდ მედიკამენტური მკურნალობისა და თანამედროვე ფიზიოთერაპიული მეთოდების ერთობლივი გამოყენებით არის შესაძლებელი.

როგორც ვთქვით, ტრიქომონადებით გამოწვეულ ანთებით პროცესში პრაქტიკულად ყოველთვის მონაწილეობენ სხვა ბაქტერიები: გონოკოკი, ქლამიდია, სტაფილოკოკი, სტრეპტოკოკი, ნაწლავის ჩხირი... ანტიბიოტიკს სწორედ ამ თანმხლები მიკროფლორის მიხედვით არჩევენ. ახალი, გაურთულებელი ტრიქომონიაზის დროს წამლის შერჩევა და მკურნალობა ადვილია.

ანთებითი ინფილტრაცია, ფსევდომიკროაბსცესი, სკლეროზის კერები და დისტროფია ანტიტრიქომონადულ პრეპარატებს დაზიანებულ ქსოვილამდე მიღწევაში უშლის ხელს. ასეთ შემთხვევაში მხოლოდ მედიკამენტების მეშვეობით გამომწვევს ვერ გაუნადგურებთ მეტიც — პრეპარატის მიმართ მიკროორგანიზმის შეჩვევა კი შეიძლება განვითარდეს. ქრონიკული ანთების გამო დაზიანებული ქსოვილის მდგომარეობის გასაუმჯობესებლად და დანიშნულების ადგილამდე მედიკამენტის მისაღწევად მიმართავენ ადგილობრივ მკურნალობას (აბაზანებს, თითით მასაჟს), ფიზიოპროცედურებს (ელექტროფორეზს, ფიტოლაზეროთერაპიას, პიპერთერმიას). მკურნალობა ერთდროულად უნდა ჩაუტარდეს ორივე სქესობრივ პარტნიორს (ცოლ-ქმარს), რათა არ მოხდეს ხელახალი დასნებოვნება. მკურნალობის კურსის ჩათაყვებამდე სქესობრივი კავშირი უნდა შეწყდეს. მკურნალობის შემდეგ აუცილებლად უნდა ჩატარდეს სა-

კონტროლო გამოკვლევა. მხოლოდ ამის შემდეგ შეიძლება ითქვას, რომ ტრიქომონიაზი დამარცხებულია.

განასხვავებენ ეტიოლოგიურ განკურნებას ანუ ერადიკაციას (ტრიქომონადებისა და თანმხლები ბაქტერიების სრულ ლიკვიდაციას, რასაც მკურნალობიდან განსაზღვრული დროის შემდეგ სპეციალური ლაბორატორიული კვლევით ადგენენ) და კლინიკური ეფექტის მიღწევას, რაც სუბიექტური ჩვილების შესუსტებას ეფუძნება.

პროფილაქტიკა

ტრიქომონადებისგან დაგიცავთ პრეზერვატივი, შემთხვევითი სექსისთვის თავის არიდება და სქესობრივი კავშირიდან ორი საათის განმავლობაში ანტისეპტიკების გამოყენება.

1.7. ურეაპლაზმოზი

ურეაპლაზმა მიკროორგანიზმია, რომელსაც ვირუსებიდან ერთუჯრედიანებისკენ გარდამავალ საფეხურად განიხილავენ. ამ ორგანიზმით ინფიცირება ხშირად სქესობრივი გზით ხდება. გარდა ამისა, ის შეიძლება შობიარობის დროსაც გადაედოს დედისგან შვილს. ამ დაავადების საინკუბაციო პერიოდი 4 დღიდან ერთ თვემდეა, თუმცა გამორიცხული არ არის, უფრო მეტხანსაც გაგრძელდეს. საინკუბაციო პერიოდის დასრულების შემდეგ თავს იჩენს ურეაპლაზმოზის პირველი სიმპტომები. უნდა ითქვას, რომ ხშირად ურეაპლაზმოზი თითქმის შეუშნველად მიმდინარეობს, ზოგჯერ კი არაუითარი სიმპტომი არ შეინიშნება. ასეთი მიმდინარეობა უფრო ქალებში შეიმჩნევა. მამაკაცებში ურეაპლაზმოზის ყველაზე გავრცელებული სიმპტომებია მცირედი გამჭვირვალე გამონადენი სასქესო ასოდან, ზომიერი ტკივილი და წვის შეგრძნება მოშარდვის დროს. ურეაპლაზმით წინამდებარე ჯირკვლის დაზიანება პროსტატიტის ნიშნებით ვლინდება.

1.8. მიკოპლაზმოზი

უროგენიტალური მიკოპლაზმოზი კლინიკურად მაინცდამაინც არ განსხვავდება სხვა ეტიოლოგიის (გონორეა, ტრიქომონიაზი) სგ ინფექციებისგან. პაციენტების ნაწილი არავითარ სუბიექტურ გამოვლინებას არ უჩივის, ნაწილს კი სიმპტომების მთელი წყება აღენიშნება. შარდსასქესო გზების დაზიანებისას მამაკაცებს დილაობით მცირე რაოდენობის გამონადენი აქვთ.

1.9. გარდნერელოზი

გარდნერელოზი საშოს დისბაქტერიოზია, ამიტომ, ზოგიერთი სპეციალისტის აზრით, ამ პათოლოგიის მამაკაცთა დაავადებად განხილვა არ შეიძლება, თუმცა ისიც ფაქტია, რომ გარდნერელას, გარდნერელოზის გამომწვევს, ძალუძს, ანთებითი პროცესი მამაკაცის ორგანიზმშიც გამოიწვიოს. გარდნერელა მამაკაცის სასქესო სისტემაში უშუალოდ სქესობრივი კონტაქტის დროს ხვდება და რაკი მისი სასქესო ტრაქტის „კანონიერი ბინადარი“ არ არის, გარდნერელოზი მისთვის სქესობრივ ინფექციად შეიძლება ჩაითვალოს. მამაკაცის ორგანიზმში გარდნერელა ყველაზე ხშირად ხვდება და, წესისამებრ, სასქესო სისტემას 2-3 დღეში ტოვებს. იშვიათად ვითარდება გარდნერელების ქრონიკული მატარებლობა, რომლის დროსაც ანალიზები ყოველთვის დადებითია, თუმცა დაავადების არავითარი სიმპტომი არ შეინიშნება. ასიდან 90 შემთხვევაში გარდნერელოზი მამაკაცებში საერთოდ არ ამჟღავნებს თავს და იმით არის საშიში, რომ სქესობრივი პარტნიორები ისე ავადდებიან, ამის შესახებ წარმოდგენაც არ აქვთ. კლასიკურ შემთხვევებში დაავადების გამომწვევი, სქესობრივი აქტის დროს, საშარდე არხში მოხვედრისას, იწვევს ლორწო-

ვანი გარსის დუნედ მიმდინარე ანთებით პროცესს. ამ დროს სასქესო ასოდან შესაძლოა მომწვანო გამონადენი წამოვიდეს, რომელიც პაციენტისათვის ნაკლებშემაწუხებელია. თუმცა ზოგჯერ მდგომარეობა შეიძლება დამძიმდეს კიდევ — გარდნერელოზის გამომწვევმა შეიძლება ურეთრიტი გამოიწვიოს, რომელიც მოშარდვისას წვითა და ტკივილით ვლინდება. გარდა ამისა, ასოდან გამონადენს სპეციფიკური, თევზის მსგავსი სუნი აქვს. ასეთ დროს აუცილებელია გარდნერელოზის მკურნალობა, სხვა შემთხვევებში კი ბევრი სპეციალისტი მამაკაცებში ამ ინფექციის მკურნალობას აუცილებლობად არ მიიჩნევს. თუმცა, ვინაიდან მამაკაცისთვის უვნებელი გარდნერელა შეიძლება მისი სქესობრივი პარტნიორის ინფიცირების მიზეზად იქცეს, ამ დაავადების მკურნალობა ყოველთვის საჭიროა. ზემოთ ჩამოთვლილი ყველა დაავადების პროფილაქტიკა ძალზე მარტივი და ეფექტურია: ცხოვრების ჯანსაღი წესი, პარტნიორის ერთგულება, ჯანსაღი კვება, გადაღლისა და სტრესისთვის თავის არიდება, საკუთარი თავისადმი სულ ცოტა ყურადღება მრავალ უსიამოვნებას აგაცილებთ თავიდან. დაბოლოს, თუ სასქესო ორგანოებიდან გამონადენმა ცვლილება განიცადა, ნუ დაიცდით, ეიდრე ყველაფერი „თავისით გაივლიდეს“; მხოლოდ სპეციალისტს ძალუძს, ზუსტად შეაფასოს, ნორმალურია თუ არა ეს გამონადენი. აუცილებლად მიმართეთ ექიმს და დარწმუნდით, რომ ჯანმრთელი ბრძანდებით. თუ პრობლემა არსებობს, იგი ადვილად, სწრაფად და იაფად მხოლოდ ადრეულ სტადიებზე იკურნება. ექიმთან დროულად მისვლა კი თქვენი ჯანმრთელობის საწინდარია.

1.10 პაპილომაპირუსული ინფექცია

ადამიანის გენიტალური (სასქესო ორგანოების) პაპილომაპირუსული ინფექცია (აეს, HPV) სქესობრივი გზით გადამ-

დები დააუადებაა. იგი დიდხანს კეთილთვისებიანად მიიჩნეო-
და, მაგრამ გაირკვა, რომ შესძლებია საშვილოსნოს ყელის
კიბოს გამოწვევა, რომელიც ქალებში კიბოსთან ასოცირებუ-
ლი სიკვდილიანობის მეორე მიზეზია, მკერდის კიბოს შემდეგ.

მთელ მსოფლიოში პაპილომავირუსული ინფექცია უფრო
ფართოდ არის გავრცელებული, ვიდრე ყველა სხვა სქესობრივი
გზით გადამდები დაავადება ერთად აღებული (ინფიცირებულია
დაახლოებით 10 მილიონი ადამიანი). იგი მიმდინარეობს სასქესო
ორგანოებისა და უკანა ტანის ლორწოვანის დაზიანებით. გავრ-
ცელებულია როგორც პეტეროსექსუალებს, ისე ბისექსუალებ-
სა და ჰომოსექსუალებს (ქალებსა და მამაკაცებს) შორის. აპე-
ინფექციის გამო უამრავი ჰომოსექსუალი და ბისექსუალი მა-
მაკაცი ავადდება სწორი ნაწლავის კიბოთი.

პაპილომავირუსის 100-ზე მეტი ტიპია ცნობილი. მათ ორ
დიდ ჯგუფად ყოფენ: დაბალი რისკისა და მაღალი რისკის
პაპილომავირუსებად. დაბალი რისკის (HPV 6, 11, 42, 43, 44
და სხვა არაონკოგენური) ადამიანის პაპილომავირუსები იწვევენ
მახვილწვერა კონდილომას, მაგრამ ნაკლებად ასოცირდებიან
სასქესო ორგანოების კიბოსწინარე დაავადებებსა და კიბოსთან.
მაღალი რისკის (ასეთია 13 ტიპი — HPV 16, 18, 31, 33, 35, 39,
45, 51, 52, 56, 58, 59, 66, 68; მათ შორის ყველაზე ონკოაგრესი-
ულია HPV 16 და HPV 18 ტიპები) ადამიანის პაპილომავირუსი
კი საშვილოსნოს ყელის დისპლაზიასა და საშვილოსნოს ყე-
ლის, ვულვისა და სასქესო ასოს ათვისებიან სიმსივნესთან
ასოცირდება. მრავალრიცხოვანი ეპიდემიოლოგიური და ლაბ-
ორატორიული გამოკვლევები მოწმობს, რომ მაღალი რისკის
ადამიანის პაპილომავირუსი სასქესო ორგანოების კიბოსწინარე
დაავადებებისა და კიბოს მიზეზია.

მაღალი რისკის აპე-ით დასნებოვნების მომენტიდან კი-
ბოსწინარე დაავადების ან კიბოს განვითარებამდე უმეტესად
5-30 წელი გადის, იშვიათად — 1 წელზე ნაკლები.

ადამიანი შეიძლება ინფიცირებული იყოს ვირუსის ერთი ან რამდენიმე ტიპით. პაპილომავირუსით ინფიცირებულთა 5-30%-ს ერთდროულად ამ ვირუსის რამდენიმე ტიპი აქვს. სანამ ორგანიზმი სტრესულ სიტუაციაში არ მოხვდება და საკუთარი იმუნიტეტი საგულდაგულოდ იცავს, ყველაფერი რიგზეა; თუ იმუნიტეტი დასუსტდა, პაპილომავირუსები, რომლებიც ადრეც იყვნენ სისხლში, მაგრამ თავს არ ამჟღავნებდნენ, აუცილებლად მოგეცემენ ნიშანს — დაავადება გააქტიურდება და ეპითელიუმს დააზიანებს.

ინფექცია შეიძლება წლობით ფარულად არსებობდეს ორგანიზმში. ზოგჯერ ინფიცირება სიცოცხლის პირველივე დღეებში ხდება, მაგრამ ადამიანი ამის შესახებ შეიტყობს ათეულობით წლის შემდეგ, როცა მიზეზთა გამო იმუნიტეტი დასუსტდება და ვირუსი გამოიღვიძებს. მისი ზემოქმედებით კანის უჯრედები არაკორექტულ ფუნქციონირებას იწყებს. შედეგად ჩნდება კონდილომები. თუ ავს 16, 18, 31-45 ტიპისაა, არსებობს ამ წარმონაქმნების კიბოდ გადაგვარების ალბათობა, თუმცა ვირუსის ეს ტიპები კონდილომებს იშვიათად იწვევს, ავს 6-11 ტიპები კი, პირიქით, ონკოდაავადებების თვალსაზრისით არ არის საშიში, მაგრამ ხშირად აძლევს ბიძგს სასქესო ორგანოების კანსა და ლორწოვან გარსზე კეთილთვისებიანი კონდილომების განვითარებას.

ადამიანის პაპილომავირუსული ინფექციის სქესობრივი გზით გავრცელებას ხელს უწყობს კანისა და ლორწოვანი გარსის მიკროტრავმები. თუ დედა ინფიცირებულია, მოსალოდნელია ახალშობილის ინფიცირებაც მშობიარობის დროს. აუტონოკულაცია და კონტაქტურ-საყოფაცხოვრებო გზით ინფიცირება შესაძლებელია, მაგრამ ნაკლებად არის შესწავლილი.

ინფიცირება უმეტესად 30 წლამდე ხდება, რაც ამ პერიოდში სქესობრივი ცხოვრების თავისებურებებს უკავშირდება.

სისხლში დაბალი რისკის ავს-ის არსებობა პაპილომა-ვირუსული ინფექციის განვითარებისა და მახვილწვერა კონდილომების წარმოშობის აუცილებლობაზე არ მეტყველებს. კონდილომების გაჩენა და შესაძლო რეციდივები ზოგადი იმუ-ნიტეტის დაქვეითებით არის განპირობებული.

პაპილომა-ვირუსული ინფექციის განვითარების რისკფაქტორია ვირუსმატარებელთან ხშირი სქესობრივი კონტაქტი, და რაკი ეს ვირუსი ფართოდ არის გავრცელებული და ადვილად გადამდებია, იმ ახალგაზრდების უმრავლესობა, რომლებიც სქესობრივ ცხოვრებას ეწევიან, პაპილომა-ვირუსის მატარებელი ხდება. ეს საშიში არ არის, თუ კონდილომები არ გაჩნდა ონკოლოგიური თვალსაზრისით საშიშ ზონებში — საშვილოსნოს ყელსა და ასოს თავზე. მით უმეტეს, უსაფრთხოა ავს-ის პასიური მატარებლობა, თუ მახვილწვერა კონდილომები არ წარმოიქმნა. ადამიანი შესაძლოა მთელი სიცოცხლე ვირუსმატარებელი იყოს და ეს არც კი იცოდეს.

ექიმები ამჩნევენ პაპილომა-ვირუსული ინფექციის აშკარა კავშირს სქესობრივი ცხოვრების ნაადრევ დაწყებასთან. დაავადება უფრო ხშირად ემართებათ იმ ქალებს, რომელთაც მრავალი სქესობრივი პარტნიორი ჰყავთ, ასევე — იმ ქალებს, რომელთა ქმრებსაც ჰყავთ მრავალი სქესობრივი პარტნიორი.

კლინიკური სურათი

ჩვეულებრივ, ავს-ინფექცია უსიმპტომოდ მიმდინარეობს, მეტადრე მაშინ, როცა ავს-ის მატარებელს ძლიერი იმუნიტეტი აქვს და ორგანიზმი ვირუსს უმკლავდება, მაგრამ იმუნიტეტის დაქვეითების შემთხვევაში ვირუსმა შესაძლოა კანსა და ლორწოვან გარსზე სხვადასხვა სახის წარმონაქმნის გაჩენა გამოიწვიოს. მათგან ყველაზე მეტად გავრცელებულია მეჭეჭები, პაპილომები და მახვილწვერა კონდილომები.

○ პაპილომა, მეჭეჭის მსგავსად, კანზე ჩნდება. ეს არის რბილი, მრგვალი, კანისფერი ან ბაცი ყაყისფერი, ფეხიანი ან ფართოძირიანი კეთილთვისებიანი წარმონაქმნი. ზომა 0,2-დან 10 მმ-მდე მერყეობს.

პაპილომები დროთა განმავლობაში იზრდება. ყველაზე ხშირად ლოკალიზდება ყელზე, სახეზე, ილიაში და საზარდულის მიდამოში.

პაპილომები მარტო იმუნიტეტდაქვეითებულ მოხუცებს კი არა, ზოგჯერ ახალგაზრდებსაც უჩნდებათ სტრესის გადატანის, წამლის დიდხანს მიღების, კუჭ-ნაწლავის პრობლემების შემთხვევაში. ინფიცირება შეიძლება მოხდეს ყველგან, სადაც მაღალი ტენიანობაა და ადამიანის კანი ტანსაცმლით არ არის დაცული, მაგალითად, აუზზე ან პლაჟზე. პაპილომის გავრცელება ხდება კონტაქტურ-საყოფაცხოვრებო გზით.

○ მახვილწვერა კონდილომები უმეტესად სასქესო ორგანოების ლორწოვან გარსზე ლოკალიზდება, უფრო იშვიათად — პირის ღრუში და ყელზე. ქალებს კონდილომები საშვილონოს ყელის, საშოს, შორისის, შადსადენისა და ანუსის არეში უჩნდებათ, მამაკაცებს — სასქესო ასოს თავსა და ჩუჩაზე. კონდილომები დათვალიერებისას ძნელი შესამჩნევია, რადგან პატარაა (2-6 მმ) და არც ფერით განსხვავდება კანისგან, მაგრამ შეხებისას შეიგრძნობა. ბევრი მათ არც კი აქცევს ყურადღებას და ლორწოვანის უსწორმასწორობას ნორმად მიიჩნევს. სინამდვილეში გარეთა სასქესო ორგანოების ლორწოვანი გარსი ერთგვაროვანი უნდა იყოს და გენიტალიებზე ნებისმიერი წარმონაქმნის გაჩენა ექიმთან ვიზიტის საფუძველად უნდა იქცეს.

მახვილწვერა კონდილომები სქესობრივი გზით ვრცელდება.

მახვილწვერა კონდილომები უმეტესად არც ტკოვილს იწვევს და არც სხვა უსიამოვნო შეგრძნებას, თუმცა შესაძლოა დიდი კონდილომის დაწყლულება და მეორეული ინფიცირება, რასაც

მოჰყვება ტკივილი, ქავილი და არასასიამოვნო სუნი. შარდ-სადენი მილის მახვილწვერა კონდილომამ შესაძლოა გამოიწვიოს საშარდე გზების ნაწილობრივი ან სრული ობსტრუქცია (ჩაკეტვა).

განასხვავებენ ოთხი ტიპის მახვილწვერა კონდილომას:

○ ტიპურს. წესისამებრ, აზიანებს ლორწოვანი გარსისა და კანის სველ ნაწილებს, გამონაყარი ყვავილოვან კომბოსტოს მოგვაგონებს.

○ ჰიპერკერატოზულს. ასეთი კონდილომები დაფარულია რქოვანა ფენით. ხშირად მდებარეობს გარქოვანებულ ეპითელიუმზე.

○ პაპულოზურს. ჰიპერკერატოზული მახვილწვერა კონდილომებისგან განსხვავებით, არ გააჩნია რქოვანა ფენა, ხოლო მათი ზედაპირი გლუვია.

○ ბრტყელს. ვლინდება ლაქების სახით, რომლებიც კანიდან თითქმის არ არის წამოწეული. მათი შეუიარაღებელი თვალით დანახვა ძნელია.

მახვილწვერა კონდილომები ჩნდება ინფიცირებიდან 1-3 თვეში ან უფრო გვიან. განვითარებას იწყებს ძალიან სწრაფად — რამდენიმე საათის განმავლობაში. ერთდროულად ჩნდება რამდენიმე წარმონაქმნი. ინფექციის ყველაზე რთული გამოვლინება აქვთ ქალებს, როცა წარმონაქმნი ლოკალიზებულია საშვილოსნოს ყელზე და კონდილომატოზი ქრონიკულ სტადიაში გადადის. ამ შემთხვევაში ინფექცია ეპითელიუმს უკრედულ დონეზე ცვლის.

დაავადება ან თვითგანკურნებით სრულდება, ან კონდილომები მრავლდება და იზრდება, ან პროცესი სტაბილურ ხასიათს იღებს, მაგრამ არ ქრება.

ადამიანმა, რომელსაც მახვილწვერა კონდილომა აღმოაჩნდება, უნდა ჩაიტაროს გამოკვლევა შიდსსა და სქესობრივი გზით გადამდებ სხვა დაავადებებზე.

მახვილწვერა კონდილომის დიაგნოზის დასმა შესაძლებელია კლინიკური სურათის მიხედვით, მაგრამ სასურველია, ის ნაცხის ლაბორატორიული ანალიზითაც დადასტურდეს.

დიაგნოსტიკა

აქე-დიაგნოსტიკა ორ ძირითად მიმართულებას ითვალისწინებს:

○ უშუალოდ ვირუსის გამოვლენას. HPV-DNA სინჯის მეშვეობით შესაძლებელია ვირუსის მაღალი რისკის ქვეტიპების არსებობის დადგენა. აღნიშნული სინჯით სკრინინგის შედეგად საშვილოსნოს ყელის კიბოს განვითარების მაღალი რისკის მქონე ქალებს ადრეულ სტადიაში გამოავლენენ, ვიდრე ვირუსი საშვილოსნოს ყელის უჯრედებს დააზიანებს. მაღალი რისკის ქვეტიპების არსებობა იმას არ ნიშნავს, რომ ქალს აუცილებლად დაემართება საშვილოსნოს ყელის კიბო. ეს მხოლოდ დაავადების განვითარების მაღალ რისკზე მიუთითებს და მკურნალ ექიმს უფრო მეტი ყურადღებისკენ მოუწოდებს. აღნიშნული სინჯით შესაძლებელია დაავადების პირველი ნიშნების ადრეულ ეტაპზე ამოცნობა და ეფექტური მკურნალობა. თუ მაღალი რისკის ქვეტიპები არ აღმოჩნდა, ქალს შეუძლია მომდევნო 5 წლის განმავლობაში მშვიდად იყოს — საშვილოსნოს ყელის კიბოს განვითარების რისკი თითქმის ნულის ტოლია.

○ ე.წ. PAP-ტესტს, რომლის მიზანია ლორწოვანი გარსის ისეთი ცვლილებების გამოვლენა, რომლებიც საშვილოსნოს ყელის კიბოს წინამორბედებად მიიჩნევა და რომელთა მკურნალობა სიმსივნის თავიდან ასაცილებლად აუცილებელია. ამერიკის კიბოს საზოგადოების რეკომენდაციით, საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგი უნდა დაიწყოს სქესობრივი ცხოვრების დაწყებიდან დაახლოებით სამი წლის შემდეგ, მერე კი PAP-ტესტი ყოველ 2-3 წელიწადში ერთხელ უნდა ჩატარდეს.

გამოკვლევები 70 წლის ასაკში უნდა შეწყდეს, თუ სამმა უკანასკნელმა გამოკვლევამ უარყოფითი შედეგი აჩვენა ან ბოლო 10 წლის განმავლობაში არც ერთ PAP-ტესტს პათოლოგიური ცვლილებები არ გამოუვლენია. PAP-ტესტი საშვილოსნოს ყელის ლორწოვანი გარსის ციტოლოგიური გამოკვლევაა. ის რეკომენდებულია ყველა ქალისთვის, ვინც სქესობრივ ცხოვრებას ეწევა. ტესტი გამოავლენს ინტრაეპითელურ დაზიანებას, აუთისებიან პროცესს ან მიკროორგანიზმებით (ბაქტერიებით, ვირუსებით, პარაზიტებით) გამოწვეულ უჯრედულ ცვლილებებს. თუ ნაცხში პათოლოგიური უჯრედები აღმოჩნდა, უნდა მოხდეს მათი შეფასება-განსაზღვრა პათოლოგიის სიმძიმის მიხედვით.

ცერვიკალური ნაცხის ანალიზს შესაძლოა ქონდეს პასუხის 6 კარიანტი:

1. ნორმალური;
2. არაადეკვატური;
3. მოსაზღვრე ცვლილებები (ASCUS);
4. დაბალი ხარისხის დაზიანება (LSIL);
5. მაღალი ხარისხის დაზიანება (HSIL);
6. ატიპური ჯირკვლოვანი უჯრედები (AGS).

○ ნორმალური შედეგი იმას ნიშნავს, რომ ნაცხში პათოლოგიური უჯრედები არ აღმოჩნდა და ნაცხის განმეორებითი აღება უნდა მოხდეს 3 წლის შემდეგ.

○ არაადეკვატური — ცერვიკალური ნაცხის სწორი შეფასება შეუძლებელია. პაციენტს ნაცხის განმეორებით ასაღებად 1 თვის შემდეგ იბარებენ.

○ ASCUS (Atypical Squamous Cells of Undetermined Significance — ატიპური ბრტყელი უჯრედები უცნობი მნიშვნელობის ატიპიით). მოსაზღვრე ცვლილებები ნიშნავს, რომ ნაცხში აღმოჩენილია ძალზე სუსტი პათოლოგიური ცვლილებების მქონე უჯრედები. მოსაზღვრე ცვლილებები უმეტესად

სპონტანურ (თავისთავად, მკურნალობის გარეშე) უკუგანვითარებას განიცდის, შედარებით იშვიათად კი — პროგრესს. ამ შემთხვევაში პაციენტს შესაძლოა მკურნალობა დასჭირდეს.

თუ ქალს აღმოაჩნდა მოსაზღვრე დაზიანება, იგი მოითხოვს:

✓ განმეორებითი ნაცხის აღებას 6 თვის შემდეგ, რათა შეამოწმოს პათოლოგიური უჯრედების არსებობა. თუ განმეორებითი ნაცხი ნორმალური აღმოჩნდა, ქალს კიდევ ერთხელ მოსთხოვენ ნაცხის აღებას 6 ან 12 თვის შემდეგ. თუ ნაცხი ამჯერადაც ნორმალური აღმოჩნდა, ქალს შეუძლია ჩაიტაროს რუტინული გამოკვლევა ყოველ 3 წელიწადში ერთხელ ასაკის მიხედვით. თუ განმეორებითმა ნაცხმა მოსაზღვრე ან უფრო მძიმე ხარისხის დაზიანება აჩვენა, ქალი შესაძლოა კოლპოსკოპიურ გამოკვლევაზე გაიგზავნოს.

✓ ანდა კოლპოსკოპიურ გამოკვლევას.

○ LSIL (Luw Grade Squamous Intraepithelial Lesion — დაბალი ხარისხის ბრტყელუჯრედოვანი ინტრაეპითელური დაზიანება). ეს იმას ნიშნავს, რომ ნაცხში აღმოჩენილ უჯრედებს მსუბუქი პათოლოგიური ცვლილებები ახასიათებს. LSIL, ჩვეულებრივ, სპონტანურ უკუგანვითარებას განიცდის, თუმცა არის შემთხვევები, როცა სპონტანური უკუგანვითარება არ ხდება ან დაზიანება პროგრესირებს და მკურნალობას მოითხოვს. ამ შემთხვევაშიც ტარდება განმეორებითი ნაცხი 6 თვეში, რათა შემოწმდეს პათოლოგიური უჯრედები ნაცხში, კერძოდ, მოხდა მათი უკუგანვითარება, დარჩა უცვლელი თუ განიცადა პროგრესი. თუ განმეორებითი ნაცხი ნორმალურია, ქალს იბარებენ ორ ან მეტ განმეორებით ნაცხზე 6 ან 12 თვის შემდეგ. თუ პათოლოგია არც ამ შემთხვევაშიც არ აღმოჩნდა, ქალს აბრუნებენ რუტინულ სკრინინგში; თუ რომელიმე განმეორებით ნაცხში ისევ აღმოჩნდა LSIL ან უფრო მძიმე ხარისხის დაზიანება, ტარდება კოლპოსკოპია. პათოლოგიის კოლ-

პოსკოპიურად აღმოჩენის შემთხვევაში ექიმი პათოლოგიური უბნიდან აიღებს ქსოვილის მცირე ფრაგმენტს (ბიოფსია), რომელიც იგზავნება ლაბორატორიაში მიკროსკოპიული გამოკვლევისთვის. ეს მნიშვნელოვანია მკურნალობის შემდგომი სტრატეგიის განსაზღვრისთვის.

○ HSIL (High Grade Squamous Intraepithelial Lesion — მაღალი ხარისხის ბრტყელუჯრედოვანი ინტრაეპითელური დაზიანება). HSIL ნიშნავს, რომ ნაცხში აღმოჩნდა პათოლოგიური უჯრედები, რომლებიც მაღალი ხარისხის დაზიანების შესაძლო არსებობაზე მიუთითებს. ეს ჯერ კიდევ არ არის კიბო, თუმცა ჩაურევლად პროცესის უკუგანვითარება ნაკლებსაყარაუდოა. ჩვეულებრივ, საჭიროა მკურნალობა. ამიტომ ყველა ქალი ასეთი შედეგით იგზავნება კოლპოსკოპიაზე საშვილოსნოს ყელის უფრო დეტალური გამოკვლევის მიზნით. კოლპოსკოპიურად პათოლოგიის აღმოჩენის შემთხვევაში ხდება ბიოფსია და ქსოვილი იგზავნება ლაბორატორიაში მიკროსკოპიული გამოკვლევისთვის, რაც მნიშვნელოვანია მკურნალობის შემდგომი სტრატეგიის განსაზღვრად.

pap-ტესტის ჩატარებისას გასათვალისწინებელია:

✓ pap-ტესტი არ უნდა იქნეს გამოყენებული სგგი-ს სკრინინგის მიზნით.

✓ თუ ქალს აქვს მენსტრუაცია, ტესტი უნდა გადაიდოს და ჩატარდეს პირველი შესაძლებლობისთანავე.

✓ ლორწოვან-ჩირქოვანი გამონადენის გამო pap-ტესტი არ უნდა გადაიდოს. ტესტის ჩატარება შესაძლებელია ფიზიოლოგიურ ხსნარში დასველებული ბამბის ტამპონით გამონადენის ფრთხილად მოცილების შემდეგ.

✓ გარეთა სასქესო ორგანოების მეჭეჭების შემთხვევაში საჭირო არ არის სკრინინგის უფრო ხშირად ჩატარება, ვიდრე მათი არარსებობისას, თუკი ქალს საამისოდ სხვა ჩვენება არ აქვს.

○ ქალებს, რომელთაც ჩაუტარდათ პისტერექტომია (საშვილოსნოს ამოკვეთა), არ სჭირდებათ რუტინული პაპ-ტესტი, გარდა იმ შემთხვევებისა, როცა პისტერექტომია გაკეთდა საშვილოსნოს ყელის კიბოს ან მისი წინარე მდგომარეობის გამო.

პაპილომავირუსით გამოწვეული ის ცვლილებები, რომლებიც ყველაზე დიდ საფრთხეს უქმნის ქალის ჯანმრთელობას, საწყის ეტაპზე სრულიად შეუმჩნეველია, ამიტომ ზემოხსენებული გამოკვლევების ჩატარება ძალიან მნიშვნელოვანია. მათ შეუძლიათ, ქალი საშვილოსნოს ყელის კიბოსგან იხსნან.

მკურნალობა

მახვილწვერა კონდილომების მკურნალობა მათ მოშორებას გულისხმობს. კონდილომების მოშორება ხდება კრიოდესტრუქციით (მოყინვით), რისთვისაც თხევად აზოტს იყენებენ. გარდა ამისა, კონდილომების მოსაშორებლად გამოიყენება პოდოფილინი, ტრიქლორძმარმეა და დიქლორძმარმეა. შესაძლებელია მათი მოცილება ასევე მაკრატლით, ელექტოკო-აგულაციითა და ლაზერის გამოყენებით.

მკურნალობის მეთოდები, რომლებიც აპე-ინფექციის საბოლოო ლიკვიდაციას გამოიწვევდა ან კიბოსწინარე დაავადებებისა და კიბოს განვითარების რისკს შეამცირებდა, არ არსებობს. მრავალი მეცნიერის აზრით, მახვილწვერა კონდილომების მოცილება ამცირებს სქესობრივი პარტნიორის დაინფიცირების რისკს, თუმცა ეს მოსაზრება მეცნიერულად დადასტურებული არ არის.

მკურნალობა ათიდან 6-8 შემთხვევაში ეფექტურია. დაავადების უსიმპტომო მიმდინარეობის შემთხვევაში მკურნალობა არ არის საჭირო. საშვილოსნოს ყელის დისპლაზიის მკურნალობა დისპლაზიის ხარისხზე დამოკიდებული.

პროფილაქტიკა

პრეზერვატივი საკმაოდ ეფექტური საშუალებაა სხვადასხვა ინფექციისგან თავის დასაცავად, თუმცა ის მაინც ვერ უზრუნველყოფს პაპილომავირუსისგან სრულყოფილ დაცვას, რადგან ვირუსი სასქესო ორგანოების გარშემო, კანის საფარველზეც არის. საბედნიეროდ, არსებობს ვაქცინა, რომელიც ქალს იცავს ვირუსის 2 ყველაზე გავრცელებული ტიპისგან. ეს ტიპებია 16 და 18, რომლებიც სამიდან 2 შემთხვევაში იწვევს საშვილოსნოს ყელის მაღალი ხარისხის დაზიანებებს და შემდგომ — საშვილოსნოს ყელის კიბოს, თუმცა არ უნდა დაგვაიწყდეს, რომ არსებობს ვირუსის სხვა ტიპებიც, ამიტომ ქალმა, მიუხედავად აცრისა, რეგულარული გამოკვლევა უნდა ჩაიტაროს.

პაპილომავირუსული ინფექციის პროფილაქტიკა გულისხმობს:

○ ფონური დაავადებებისა და დისპლაზიების დროულ დიაგნოსტიკას (pap-ტესტი და კოლპოსკოპია) და კომპლექსურ მკურნალობას;

○ პორმონულ-მეტაბოლური სტატუსის აღდგენას;

○ ეტიოტროპულ (ინფექციების) თერაპიას;

○ უკვე განვითარებული დაზიანებების მკურნალობას (კრიოლესტრუქცია, კონიზაცია, ექსციზიო).

ვაქცინაცია

კვლევებმა დაადასტურა, რომ ვაქცინა ძალზე ეფექტურია.

ვაქცინაციის დროს ორგანიზმი სავსებით ჯანმრთელი უნდა იყოს, ქალს არ უნდა ჰქონდეს ალერგია ვაქცინის რომელიმე კომპონენტის მიმართ და არ უნდა გეგმავდეს დაორსულებას მომდევნო 6 თვის განმავლობაში, რადგან აცრა 3-ჯერადია (I, II და VI თვეს).

ვაქცინაცია 13 წლიდან სქესობრივი ცხოვრების დაწყებამდე ტარდება. ამ შემთხვევაში ის ყველაზე ეფექტურია. სრულ-

ფასოვანი გამოკვლევის შემდეგ შესაძლებელი და ეფექტიანია ჯანმრთელი (აგრეთვე — ნამკურნალები) ქალების აცრაც.

კვლევები მოწმობს, რომ იმუნიტეტი სამუდამოა.

მამაკაცების აცრაც საჭიროა, რადგან ვირუსის ძირითად გადამტანებად სწორედ ისინი მიიჩნევიან. აპე მამაკაცების 2%-ში იწვევს სასქესო ორგანოს (ასოს) კიბოს. ეფექტურია მამაკაცების აცრა 9-დან 17 წლამდე.

როგორც ყველა ვაქცინას, HPV ვაქცინასაც ახასიათებს გვერდითი მოვლენები, თუმცა ისინი ძალიან ცოტაა. აცრის წინ აუცილებელია, გაირკვეს ორგანიზმის იმუნური სისტემის მდგომარეობა.

1.11 გენიტალური ჰერპესი

ამჟამად მეცნიერები ჰერპესის ასამდე სახეობას იცნობენ, მაგრამ ადამიანს მხოლოდ რვა მათგანი ემუქრება. ადამიანის ჰერპესვირუსებს შორის ყველაზე მეტად გავრცელებულია I ტიპის მარტოვი ჰერპესის ვირუსი (მპვ-I ანუ აპვ-I) და II ტიპის მარტოვი ჰერპესის ვირუსი (მპვ-II ანუ აპვ-II). ადამიანის მპვ-I-ით ინფიცირების შედეგია სახისა და ზედა კიდურების კანის სხვადასხვაგვარი დაზიანება. მპვ-II-ით ინფიცირება სასქესო ორგანოთა დაზიანებასა და ახალშობილთა დაავადებებს იწვევს. აქვე უნდა ითქვას, რომ ამჟამად გენიტალური ჰერპესის ყოველი მე-4 შემთხვევა პირველი ტიპის ჰერპესვირუსით არის გამოწვეული, რაც არატრადიციული სქესობრივი კავშირების შედეგია. III ტიპის ჰერპესვირუსით (აპვ-III ანუ ზოსტერი) ინფიცირება იწვევს ორ დამოუკიდებელ დაავადებას — ჩუტყვავილასა და სარტყლისებრ ლიქენს, ანუ სარტყლისებს სირსველას. IV ტიპის ჰერპესვირუსი (აპვ-IV) ანუ ებშტეინ-ბარის ვირუსი შესაძლოა ინფექციური მონონუკლეოზისა და ენის ვირუსული ლეიკოპლაკიის მიზეზად იქცეს. V ტიპის ჰერპესვი-

რუსი (აპვ-V) ციტომეგალოვირუსული ინფექციის მიზეზია. VI ტიპის ჰერპესვირუსი (აპვ-VI), უახლესი მონაცემებით, ადრეული ასაკის ბავშვებში უეცარ ეგზანთემას იწვევს, ხოლო ზრდასრულებში — ქრონიკული დაღლილობის სინდრომს. გარაუდობენ, რომ ეს ვირუსი კიდევ რამდენიმე დაავადების განვითარებაში მონაწილეობს. 1990 წელს აღმოჩენილ იქნა აპვ-VII და აპვ-VIII, რომელთა აქტიური შესწავლა დღემდე მიმდინარეობს. აპვ-VII ლიმფოპროლიფერაციულ დაავადებებსა და ქრონიკული დაღლილობის სინდრომთან ასოცირდება, აპვ-VIII კი — კაპოშის სარკომასთან.

გენიტალური ჰერპესი

გენიტალური ჰერპესი ერთ-ერთი ყველაზე გავრცელებული ჰერპესული ინფექციაა. როგორც აღენიშნეთ, მას მპვ-II და მპვ-I იწვევს. ინფიცირება უმთავრესად უსიმპტომო ფორმით ხდება, დაავადებულთან სქესობრივი კონტაქტის დროს. ვირუსი რემისიის პერიოდშიც გადამდებია. შესაძლებელია ახალშობილის ინფიცირება მშობიარობისას. შედარებით იშვიათია აუტონოკულაცია — ორგანიზმის ერთი ადგილიდან მეორეზე ინფექციის გადატანა. დაავადება ნებისმიერ ასაკში გვხვდება. ქალებს დაავადების მეტი შანსი აქვთ. შესაძლოა, ამასში ბრალი მიუძღოდეს მათი სხეულის ანატომიურ თავისებურებას — სქესობრივი კონტაქტის დროს შუხების ზედაპირი უფრო დიდია. ჰომოსექსუალები და ბისექსუალი მამაკაცები ორჯერ უფრო ხშირად აუადლებიან, ვიდრე ჰეტეროსექსუალი მამაკაცები.

სიმპტომები და მიმდინარეობა

არსებობს სასქესო ორგანოების ჰერპესის რამდენიმე ფორმა:

○ სასქესო ორგანოს პირველადი ჰერპესი. ეს არის დაავადების პირველი ეპიზოდი, როდესაც ინფექციის გამოვლენი-

სას ვირუსის მიმართ ანტისხეულები გამომუშავებული არ არის. ის რთულად და დიდხანს (2-3 კვირა) მიმდინარეობს. დამახასიათებელია რეგიონული ლიმფადენიტი. მოსალოდნელია ნევროლოგიური და ზოგადი სიმპტომების გაჩენაც. კერძოდ, სასქესო ორგანოს პირველად ჰერპესს ახასიათებს მრავლობითი ორმხრივი გამონაყარი გენიტალიებზე ან პერიანალურ მიდამოში. მამაკაცებში გვხვდება ურეთრიტი, რომელიც შარდის გამოყოფის დროს ტკივილით მიმდინარეობს. ქალებს შესაძლოა ეროზიული ცერევიციტი განუვითარდეთ. კანზე არსებული გამონაყარი 7-15 დღის განმავლობაში ასეთი თანამიმდევრობით იცვლის სახეს: პაპულა > ვეზიკულა > პუსტულა > წყლული > ქერქი. ლორწოვანი გარსის დაზიანების გამო გამონაყარი აქაც ჩნდება. შესაძლოა განვითარდეს საზარდულის ლიმფადენიტი (გადიდდეს ლიმფური ჯირკვლები), ტკივილი შარდვის დროს, გაჩნდეს გამონადენი შარდსადენი მილიდან და საშოდან. არცთუ იშვიათად გვხვდება ნევროლოგიური სიმპტომებიც. კერძოდ, ნერვების ადგილობრივი დაზიანების გამო ვითარდება შარდის შეკავება, შეკრულობა. გარდა ამისა, მოსალოდნელია ცხელება, საერთო სისუსტე, თავის ტკივილი, სინათლის შიში და სხვა.

○ სასქესო ორგანოების არაპირველადი ჰერპესი არის დაავადების პირველი ეპიზოდი, როდესაც ინფექციის გამოვლენისას ვირუსის მიმართ ანტისხეულები უკვე გამომუშავებულია. ამ დროს ზოგადი სიმპტომები იშვიათია, გამონაყარი — ნაკლებად გამოხატული. მკურნალობის გარეშე ის 10-14 დღეში ალავდება. საზარდულის ლიმფადენიტი იშვიათია. აგრეთვე იშვიათია გამონადენი შარდსადენი გზებიდან, ტკივილი შარდვის დროს, ზოგადი და ნევროლოგიური სიმპტომები.

○ სასქესო ორგანოების ჰერპესის რეციდივი. ეს გახლავთ დაავადების მეორე და მომდევნო ეპიზოდები, რომლებსაც მსუბუქი მიმდინარეობა, რეგიონული ლიმფადენიტის,

ნევროლოგიური და ზოგადი სიმპტომების არარსებობა ახასიათებს. ჩნდება მხოლოდ ერთეული გამონაყარი, რომელიც, წესისამებრ, ცალმხრივია.

○ უსიმპტომო ინფექცია. სასქესო ორგანოების პერპესი უმეტესად უსიმპტომოდ მიმდინარეობს. აქვე დავაზუსტებთ: გვხვდება როგორც ჭეშმარიტად უსიმპტომო შემთხვევები, ასევე შემთხვევები, როდესაც სიმპტომები პაციენტის მიერ არასწორად არის შეფასებული.

პერპესი ორსულობის დროს

პერპესვირუსით (განსაკუთრებით — II ტიპის ვირუსით) ინფიცირებამ, თუ ეს ორსულობისას მოხდა, შესაძლოა ნაყოფის ინფიცირებაც გამოიწვიოს. განსაკუთრებით საშიშია გენიტალური პერპესის გამწვავება ორსულობის 32-ე კვირის შემდეგ. თუ მკურნალმა ექიმმა გამწვავება ამ დროს აღმოაჩინა, სასწრაფოდ უნდა ჩატარდეს ანტივირუსული პრეპარატებით მკურნალობა. თუ მშობიარობა გამონაყარის გაქრობამდე დაიწყო, რეკომენდებულია საკეისრო კვეთა, ვინაიდან მაღალია სამშობიარო გზებში გავლისას ნაყოფის ინფიცირების რისკი. სასქესო ორგანოების პერპესის დედისგან შვილზე გადაცემა კი ძალიან საშიშია — შესაძლოა, ბავშვის სიკვდილი ან მყარი ნევროლოგიური დაზიანება გამოიწვიოს. თუ ქალი ორსულობამდე იყო ინფიცირებული პერპესვირუსით და ორსულობისას გაუმწვავდა, ამ შემთხვევაში დაავადება შედარებით მსუბუქად მიმდინარეობს და მკურნალობის ტაქტიკას ექიმი ყოველ ცალკეულ შემთხვევაში ინდივიდუალურად არჩევს.

მკურნალობა

პერპესული ინფექციის მკურნალობა აუცილებელია, მაგრამ, სამწუხაროდ, ვირუსის განადგურება ვერ ხერხდება — მიიღწევა არა სრული გამოჯანმრთელება, არამედ დაა-

ვადების ფარულ ფორმაში გადასვლა. ეფექტურია პერორალურად (შინაგანად) მისაღები ანტივირუსული პრეპარატებით მკურნალობა. ანტივირუსული პრეპარატების ადგილობრივ გამოყენებას აზრი არ აქვს — ვირუსი ნერვულ განგლიებში ბუდობს და კანზე წასმული ანტივირუსული საშუალება მას ვერაფერს დააკლავს. თუმცა აუცილებელია დაზიანებული არის სათანადო მოვლა მეორეული ინფექციის თავიდან ასაცილებლად: ხშირი დაბანა, ანტისეპტიკური ხსნარებით (ფიზიოლოგიური ხსნარით, უფერო კასტელანით) დამუშავება. ექიმი ნიშნავს ისეთ საფენებს, რომლებიც წყლულებს აშრობს და მათ სწრაფ ეპითელიზაციას (შეხორცებას) უწყობს ხელს.

ხაზგასმით უნდა აღვნიშნოთ, რომ გენიტალური პერპესის პირველადი გამოვლინების შემთხვევაში ხშირია აგრესიული მიმდინარეობა და აუცილებელია ანტივირუსული პრეპარატების (ტაბლეტები) მიღება, რაც ხელს შეუწყობს ნევრალგიების, ცხელებისა და სხვა სიმპტომების განვითარების თავიდან აცილებას. რეციდივები შედარებით მსუბუქად მიმდინარეობს და ანტივირუსული პრეპარატების დანიშვნის საკითხი ინდივიდუალურად უნდა გადაწყდეს. პაციენტი, რომელსაც ხშირად აქვს რეციდივი, პერპესული გამონაყარის, ანუ ბუშტუკებისა და წყლულების გაჩენამდე გრძნობს მოსალოდნელ რეციდივს — აღვნიშნება მცირე სიწითლე, დისკომფორტი... ამ დროს ანტივირუსული პრეპარატის თუნდაც რამდენიმე დღის განმავლობაში მიღება საკმარისი იქნება რეციდივის შესაფერხებლად. არსებობს რეციდივის აღკვეთის მეორე გზაც — თუ რეციდივი ხშირია, მაგალითად, წელიწადში 5-6-ჯერ მეორდება, მაშინ შეიძლება დაინიშნოს სუპრესიული თერაპია — პაციენტმა მუდმივად მიიღოს ანტივირუსული პრეპარატები. ეს ეფექტიანია, მაგრამ პრეპარატის შეწ-

ყვეტის შემთხვევაში შეუძლებელია პროგნოზირება, განვითარდება თუ არა რეციდივი.

პროფილაქტიკა

პროფილაქტიკის საუკეთესო საშუალებაა, არ დაინფიცირდეთ, რისთვისაც ცხოვრების ჯანსაღ წესს უნდა მივდიოთ და ჯანმრთელი სქესობრივი პარტნიორი გვყავდეს. პერპესვირუსით ინფიცირების შემთხვევაში კი პროფილაქტიკა გამწვავებისთვის ხელის შეშლას ისახავს მიზნად. ფარულ პერიოდში ნებისმიერი თანხედრილი ინფექცია, ფილტვების ანთება იქნება ეს, გაციება, გრიპი თუ სხვა, ყოველთვის ააქტიურებს პერპესის ვირუსს, ამიტომ ეს რისკფაქტორი თავიდან უნდა იქნეს აცილებული. ლატენტურ ფაზაში მყოფ ვირუსს უნდა შეუქმნათ ისეთი პირობები, რომ არ გააქტიურდეს. იგულისხმება სრულფასოვანი კვება, სუფთა ჰაერზე დიდხანს ყოფნა, დადებითი ემოციები და სხვა.

1.12 B და C ჰეპატიტები

ვირუსული ჰეპატიტები ინფექციური დაავადებებია, რომლებიც ძირითადად ღვიძლს აზიანებენ. სხვა სიმპტომებთან ერთად მათთვის დამახასიათებელია სიყვითლე, გულისრევა და ღებინება.

B და C ჰეპატიტებით დაინფიცირება შესაძლებელია სქესობრივი გზით, ასევე დაავადებული პირის სისხლთან კონტაქტის გზით — ნახმარი შპრიცების ან ნემსების გამოყენებისას ან სისხლის გადასხმის შედეგად. დროული დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის გარეშე B და C ჰეპატიტებმა შეიძლება ქრონიკული ხასიათი მიიღოს და გამოიწვიოს გვიანი, მძიმე გართულებები.

ვირუსული ჰეპატიტების შესახებ მეტი ინფორმაციის მიღება შეგიძლიათ წიგნში „ყველაფერი ვირუსული ჰეპატიტების შესახებ“.

1.13 ადამიანის იმუნოდეფიციტის პირუსი

შიდსი საყოველთაო პრობლემაა. დაავადების ისტორია უკვე სამ ათეულ წელიწადს ითვლის. იგი ემუქრება ყველას, განურჩევლად სქესისა, ასაკისა თუ ეროვნებისა, და მიეკუთვნება იმ დაავადებებს, რომელთა სრული განკურნება თანამედროვე სამედიცინო საშუალებებით შეუძლებელია, ამიტომ აიზინფექცია/შიდსით დაავადების თავიდან აცილებას, პროფილაქტიკას გადამწყვეტი მნიშვნელობა ენიჭება. ინფექციური დაავადებების პროფილაქტიკის სპეციფიკური საშუალება ვაქცინაა, მაგრამ მიუხედავად იმისა, რომ ამ მიმართულებით მთელ მსოფლიოში საკმაოდ დიდი ფინანსური და ინტელექტუალური პოტენციალი იხარჯება, აიზინფექციის საწინააღმდეგო ეფექტური ვაქცინის შექმნა ჯერჯერობით ვერ მოხერხდა. მცირედი სიმშვიდის საფუძველს იძლევა ის ფაქტი, რომ რამდენიმე ათეული ვაქცინა ჯერ კიდევ აპრობაციას გადის.

ჩვენ აიზინფექციის თემას ცალკე წიგნს მიუძღვნით, ახლა მხოლოდ მოსახლეობის მიერ ყველაზე ხშირად დასმულ შეკითხვებზე ვუპასუხებთ.

— კვლავ რჩება თუ არა შიდსი იმ დაავადებათა რიცხვში, რომელთა მკურნალობაც შეუძლებელია?

— შიდსის ეპიდემიის გაერცელების პირველ ეტაპზე შიდსის დიაგნოზი სასიკვდილო განაჩენთან ასოცირდებოდა. შიდსის საწინააღმდეგო მკურნალობის განვითარებასთან ერთად ვითარება ნელ-ნელა შეიცვალა. 1996 წლიდან მსოფლიოს მოწინავე ქვეყნებში დაინერგა მედიკამენტური მკურნალობა, რომელსაც მაღალაქტიურ ანტირეტროვირუსულ მკურნალობას უწოდებენ. მაღალაქტიური ანტირეტროვირუსული მკურნალობა საგრძნობლად ზრდის პაციენტთა სიცოცხლის ხანგრძლივობას, აუმჯობესებს მათი ცხოვრების ხარისხს. შიდ-

სით დაავადებული ადამიანი, რომელიც თანამედროვე მკურნალობას იტარებს, ჩვეულებრივი ცხოვრებით ცხოვრობს და შიდსიც, უიმედო სენის ნაცვლად, ქრონიკულ მართვად დაავადებად იქცევა. ეს ნიშნავს, რომ მედიცინის თანამედროვე მიღწევების წყალობით შიდსი გახდა დაავადება, რომლის დროსაც აუცილებელია მუდმივი მეთვალყურეობა და მკურნალობა ისევე, როგორც სხვა ქრონიკული დაავადებების, მაგალითად, შაქრიანი დიაბეტის, არტერიული ჰიპერტენზიის დროს. 2004 წლიდან ჩვენმა ქვეყანამ, პირველმა და ჯერჯერობით ერთადერთმა აღმოსავლეთ ევროპის ქვეყნებს შორის, უზრუნველყო შიდსით დაავადებულთა მკურნალობის უნივერსალური ხელმისაწვდომობა. ეს ნიშნავს, რომ მკურნალობა უტარდება ყველა აივიინფიცირებულს, რომელიც კი მას საჭიროებს. ეს შესაძლებელი გახდა ჩვენი სახელმწიფოსა და გლობალური ფონდის ერთობლივი ძალისხმევით.

— ინფიცირებიდან რამდენი ხნის შემდეგ არის შესაძლებელი შიდსის დიაგნოსტიკა?

— არსებობს შიდსის დიაგნოსტიკისთვის მოწოდებული რამდენიმე სახის ანალიზი. ისინი პირობითად შეიძლება ორ ჯგუფად დავყოთ. ერთია შიდსის ანტისხეულების კვლევა, მეორე — უშუალოდ ვირუსის გენეტიკური მასალის აღმოჩენა სისხლში. ანტისხეულების აღმოჩენა სისხლში შესაძლებელია ინფიცირებიდან სულ ცოტა 8 კვირის შემდეგ, გენეტიკური მასალის აღმოჩენა კი, რაც პოლიმერიზაციის ჯაჭვური რეაქციით — PCR (პი-სი-არ) კვლევით — ხორციელდება, ინფიცირებიდან დაახლოებით ერთ კვირაშია შესაძლებელი. უნდა ითქვას, რომ მთელ მსოფლიოში შიდსის სადიაგნოზო კვლევად მიღებულია ანტისხეულების გამოკვლევა, ხოლო გენეტიკური მასალის კვლევა უმთავრესად მკურნალობის მეთვალყურეობისთვის გამოიყენება. პოლიმერიზაციის ჯაჭვური

რეაქცია უტარდებათ შიდსით დაავადებული დედების ახალშობილებს, რათა ინფიცირება დროულად გამოვლინდეს.

— როგორია შიდსის მკურნალობის პრინციპები?

— როგორც აღენიშნეთ, შიდსისგან განკურნება დღეს შეუძლებელია, თუმცა თანამედროვე მკურნალობის წყალობით შიდსი ქრონიკულ, მართვად დაავადებად იქცევა. ამჟამად შიდსს მკურნალობენ ანტირეტროვირუსული პრეპარატებით. ჩვეულებრივ, 3 ან 4 მედიკამენტის კომბინაციით. ეს მედიკამენტები სხვადასხვა ეტაპზე თრგუნავენ შიდსის ვირუსის რეპლიკაციის ციკლს. ანტირეტროვირუსული მკურნალობა ყველა აივინფიცირებულს არ ენიშნება. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის უკანასკნელი რეკომენდაციების თანახმად, მკურნალობა ტარდება, თუ პაციენტს აქვს შიდსის კლინიკური ნიშნები ან CD4 ლიმფოციტების აბსოლუტური რაოდენობა 1 მმ^3 -ში 350-ზე ნაკლებია. უნდა ითქვას, რომ ამერიკისა და ევროპის განვითარებულ ქვეყნებში მკურნალობას ამჟამად დაავადების უფრო ადრეული სტადიიდანვე იწყებენ, როდესაც CD4 ლიმფოციტების აბსოლუტური რიცხვი 500-ზე ნაკლებია. დროულად დაწყებული ანტირეტროვირუსული მკურნალობა საკმაოდ ეფექტურია. ის თრგუნავს ვირუსის რეპლიკაციას, ანელებს დაავადების პროგრესირებას და ინფიცირებულს სიცოცხლეს უხანგრძლივებს. გარდა ამისა, ადრეული მკურნალობა მნიშვნელოვანია აივ-ის ახალი შემთხვევების პრევენციისთვის. კერძოდ, სისხლში ვირუსის კონცენტრაციის შემცირების გზით საგრძნობლად მცირდება ინფექციის გადაცემის რისკი. სულ ახლახან დასრულდა მასშტაბური მულტიცენტრული რანდომიზებული კვლევა, რომელმაც აჩვენა, რომ ადრეული მკურნალობა აივ-ის სქესობრივი გზით გადაცემის ალბათობას 96%-ით ამცირებს.

ასე რომ, შიდსის მკურნალობას პროფილაქტიკური მიზანიც აქვს. იგი კიდევ ტარდება მაშინ, თუ ადამიანს, — წესი-

სამეგრე, მედპერსონალს, — შემთხვევით ეჩხვლიტა შიდსით დაავადებულის შპრიცი. ასეთ დროს სასწრაფოდ იწყება და ერთი თვის განმავლობაში 2-3 მედიკამენტის კომბინაციით ტარდება პროფილაქტიკური მკურნალობა — ეგრეთ წოდებული ექსპოზიციის შემდგომი პროფილაქტიკა. მკურნალობა ენიშნება ყველა ინფიცირებულ ორსულს, რათა ნაყოფის ინფიცირება თავიდან აეცილოთ. საზოგადოდ, აივ ინფექციის დედისგან შვილზე გადაცემა მნიშვნელოვანი პრობლემაა მსოფლიოს მრავალ ქვეყანაში. მის აღმოსაფხვრელად შემუშავდა სპეციფიკური ღონისძიებები, რომლებიც წარმატებით ხორციელდება საქართველოში. 2005 წლიდან ჩვენს ქვეყანაში ყველა ორსული უზრუნველყოფილია აივ/შიდსის თაობაზე ნებაყოფლობითი კონსულტაციითა და ტესტირებით, საჭიროებისას კი — სათანადო მკურნალობითა და მოვლით. აივინფიცირებული დედისგან შვილზე შიდსის ვირუსის გადაცემის რისკს საგრძნობლად ამცირებს პროფილაქტიკური ღონისძიებების პაკეტი, რომელიც მოიცავს აივინფიცირებული ორსულებისა და მათი ახალშობილების პროფილაქტიკურ ანტირეტროვირუსულ მკურნალობას, მშობიარობას საკეისრო კეეთის გზით და ახალშობილის ხელოვნურ კვებას. საქართველოს შიდსის სამსახურის დიდი მიღწევაა, რომ 2005 წლის შემდეგ იმ ქალებში, რომლებმაც პროფილაქტიკური კურსი ჩაიტარეს, დედისგან ბავშვზე აივ ინფექციის გადაცემის არც ერთი შემთხვევა არ აღრიცხულა. ბუნებრივია, ჩნდება შეკითხვა: როგორ მოქმედებს ნაყოფზე შიდსის საწინააღმდეგო ანტივირუსული თერაპია? ორსულებს მკურნალობენ მხოლოდ იმ ანტირეტროვირუსული პრეპარატებით, რომლებსაც ტერატოგენული ეფექტი არ აქვთ. ამ მედიკამენტების ეფექტიანობა დამტკიცებულია მასშტაბური რანდომიზებული კვლევებით და მათ რეკომენდაციას უწევს ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციისა და მსოფლიოს წამყვანი ქვეყნების გაიდლაინები. ამ მედიკა-

მენტების გამოყენება ნაყოფის არაეითარ პათოლოგიას არ გამოიწვევს.

— აივ ინფექცია-შიდსი — ეს ორი ცნება ხშირად ერთდროულად გვესმის. რა განსხვავებაა მათ შორის?

— ტერმინი „აივ ინფექცია“ აღნიშნავს ინფიცირებას შიდსის ვირუსით, დაავადებას ინფიცირებიდან სიცოცხლის ბოლომდე, შიდსი კი არის ორგანიზმის ინფიცირების შედეგად აღმოცენებული შეძენილი იმუნოდეფიციტის სინდრომი, რომლის დროსაც ვლინდება დაავადების კლინიკური ნიშნები, იცვლება სისხლში CD4 ლიმფოციტების რაოდენობა. აივინფიცირებიდან შიდსის აღმოცენებამდე დაახლოებით 5-7 წელი გადის.

— რა გავლენას ახდენს შიდსის ვირუსი ადამიანის ორგანიზმზე, რატომ ვერ უმკლავდება იგი ვირუსს?

— ორგანიზმში შეჭრის შემდეგ შიდსის ვირუსი ახდენს თავისი გენეტიკური მასალის ინტეგრირებას ადამიანის გენეტიკურ მასალაში. ამით ის სხვა ვირუსებისგან განსხვავდება და სწორედ ამის ბრალია, რომ ამ დაავადებისგან განკურნება ვერ ხერხდება. ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსის ძირითადი სამიზნე ადამიანის იმუნური სისტემის უჯრედებია — CD4 + ლიმფოციტები. ინფიცირებისას ვირუსის გარსის ცილა უერთდება სამიზნე უჯრედის CD4 მოლეკულას, რასაც მოჰყვება ვირუსის შესვლა უჯრედში და მისი გენეტიკური მასალის ინტეგრაცია მასპინძლის გენეტიკურ მასალაში. შემდეგ ხდება ახალი ვირიონების აწყობა. აივ ინფექციის იმუნოპათოგენეზში წამყვანი მნიშვნელობა ენიჭება CD4 + ლიმფოციტების რაოდენობის შემცირებას და მათი ფუნქციის დათრგუნვას, რასაც მოჰყვება იმუნური სისტემის ფუნქციის დათრგუნვა — იმუნოსუპრესია. ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსისთვის დამახასიათებელია დაავადების ხანგრძლივი ლატენტური ანუ

ფარული პერიოდი, პათოლოგიურ პროცესში ნერვული სისტემის ჩართვა და სუსტი იმუნური პასუხი. ათ ინფექციის პროგრესირების კვალდაკვალ CD4 + ლიმფოციტების რიცხვი პროგრესულად მცირდება, ამიტომ დაავადების ლაბორატორიული მეთვალყურეობისას CD4 + ლიმფოციტების რაოდენობა ვირუსულ დატვირთვისთან ერთად მნიშვნელოვანი მარკერია. გარდა ამისა, შიდსის ვირუსის რეპლიკაციის თითოეული ციკლის დროს წარმოქმნილი შტამები ერთმანეთისგან მნიშვნელოვნად განსხვავდება უჯრედული ტროპიზმით, ანტიგენურობით, წამლების მიმართ მგრძნობელობითა და სხვა მახასიათებლებით. ათ-ის მაღალი მუტაგენურობა მას საშუალებას აძლევს, ეფექტიანად აიცილოს თავიდან ანტივირუსული იმუნური პასუხი, რაც ვირუსის პერსისტენციას უწყობს ხელს. გარდა ამისა, ათ-ის მუტაციის ამგვარი უნარი დაბრკოლებას უქმნის ვაქცინის შემუშავებას და განაპირობებს წამლების მიმართ რეზისტენტული შტამების წარმოქმნას.

— რამდენ ხანს ძლებს გარემოში ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსი?

— გარემოში ათ-ი ადვილად ინაქტივირდება. სიმშრალეში იგი უმეტესად რამდენიმე საათში იღუპება, თუმცა არ არის გამორიცხული, 3 დღეც გაძლოს. ქსოვილოვან კულტურაში ვირუსი ოთახის ტემპერატურაზე 15 დღე ძლებს, 37 °C-ზე — 11 დღე, ხოლო 56-60 °C-ზე 30 წუთში იღუპება. ვირუსი ადვილად ექვემდებარება ქიმიური საშუალებებით სტერილიზაციას.

— როგორ გადაედება შიდსის ვირუსი?

— შიდსის ვირუსი შეიძლება გადაედოს:

○ ნებისმიერი სახის დაუცველი სქესობრივი კონტაქტისას (როგორც პეტეროსექსუალური, ასევე ჰომოსექსუალური, ვაგინალური, ანალური, ორალური);

○ სისხლით (აოინფიცირებულის სისხლით დაბინძურებული შპრიცის, ნემსისა თუ სხვა ინსტრუმენტების გამოყენებისას);

○ დღისგან შვილსორსულობის, მშობიარობის, ბუბუთი კვებისდროს;

○ საქართველოში ყველაზე აქტუალურია შიდსის გადაცემა საერთო შპრიცის გამოყენებისას.

— გადაედება თუ არა შიდსი დაავადებულის ნერწყვით, მისი ნახშიარი საგნებით და ასე შემდეგ?

— შიდსი არ გადაედება ჰაერწყვეთოვანი გზით და ნერწყვით, მაშასადამე, კოცნით, დახველებით, ცემინებით. არავითარ საშიშროებას არ წარმოადგენს დაავადებულთან საუბარი. ასევე არ გადაედება ვირუსი საყოფაცხოვრებო თუ სოციალური კონტაქტით. საშიში არ არის დაავადებულისთვის ხელის ჩამორთმევა, მისი მოხვევა, მის მიერ გამოყენებული ჭურჭლით, თუთრეულით, საერთო ტუალეტითა და აბაზანით სარგებლობა, დაავადებულთან ერთად მგზავრობა და საზოგადოებრივი თავშეყრის ადგილებში ყოფნა. დაბოლოს, შიდსის ვირუსის გადამტანები არ არიან მწერები და ცხოველები.

მსოფლიოში მილიონობით ადამიანი ატარებს წითელ ლენტს, როგორც აივ ინფექცია/შიდსის პრობლემის გაზიარების სიმბოლოს. ეს ლენტი 1991 წელს შექმნა მხატვარმა ფრანკ მურმა. წითელი ლენტი გამოხატავს:

○ სოლიდარობას მათ მიმართ, ვისაც უშუალოდ შეეხო შიდსის ეპიდემია — ვინც ცხოვრობს აივ ინფექციით, ასევე მათი ახლობლებისა და მეგობრების მიმართ;

○ პროტესტს აოინფიცირებულთა და შიდსით დაავადებულთა დისკრიმინაციისა და სტიგმის წინააღმდეგ;

○ იმედს, რომ მედიცინა სძლევს ვირუსს და კაცობრიობას განადგურებისგან იხსნის.

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის ინიციატივით, 1988 წელს 1 დეკემბერი შიდსთან ბრძოლის მსოფლიო დღედ გამოცხ-

ადდა. ყოველწლიურად ეს დღე განსაზღვრულ თემას ეძღვნება, რომელშიც ეპიდემიის რომელიმე ასპექტია ხაზგასმული. 1983 წელს მსოფლიო საზოგადოებამ საფუძველი ჩაუყარა შიდსით გარდაცვლილთა ხსოვნის საერთაშორისო დღის კამპანიას. ტრადიციულად, ეს დღე მაისის მე-3 კვირას აღინიშნება. ამ მოწოდებას 90-ზე მეტი ქვეყანა შეუერთდა. შიდსით გარდაცვლილთა ხსოვნის საერთაშორისო დღის მიზანია გლობალური საზოგადოების შექმნა აივ/შიდსის წინააღმდეგ, რომელშიც გაერთიანებული იქნება საზოგადოების ყველა ფენა.

— როგორ შეიძლება დავამარცხოთ შიდსი?

— ამჟამად მსოფლიოში აქტიურად მიმდინარეობს მუშაობა შიდსის საწინააღმდეგო თერაპიული და პროფილაქტიკური ვაქცინის შესამუშავებლად, ასევე — იმ მიდგომების შესამუშავებლად, რომლებიც ინფექციისგან განკურნებას უზრუნველყოფს. გარკვეული წინსვლის მიუხედავად, საბოლოო წარმატების შესახებ საუბარი ჯერჯერობით ნაადრევია. ამჟამად შიდსის დამარცხების ყველაზე რეალისტური და იმედისმომცემი მიდგომაა მკურნალობა პრევენციისთვის. მისი მთავარი პრინციპია რისკის ჯგუფების აივ ინფექციაზე ფართო გამოკვლევა და გამოვლენილი აივინფიცირებულების ჩართვა სამკურნალო ღონისძიებებში, რაც გაანეიტრალებს აივ ინფექციის რეზერვუარის მნიშვნელოვან ნაწილს და მოკლე დროში მკვეთრად შეამცირებს ინფიცირების ახალ შემთხვევათა რიცხვს. როგორც ითქვა, ამ მიდგომის ეფექტურობა უკვე დაადასტურა მასშტაბურმა რანდომიზებულმა კვლევამ.

— რა სირთულე ახლავს შიდსის მკურნალობას?

— შიდსის მკურნალობისას ძალზე მნიშვნელოვანია რეჟიმის დაცვა. კერძოდ, აუცილებელია შიდსის საწინააღმდეგო პრეპარატების ყოველდღიური მიღება. არამც და არამც არ

შეიძლება მკურნალობის რეჟიმის დარღვევა, ზოგიერთ დღეს პრეპარატების მიღებაზე უარის თქმა. ეს დეტალები ყველა პაციენტს განემარტება მკურნალობის დაწყების წინ, მათთან ტარდება სათანადო საგანმანათლებლო მუშაობა. მკურნალობის დაწყების შემდეგ დამყოლობის მონიტორინგი პაციენტის მოვლის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი ნაწილია, რომელიც ჩვენთან საუკეთესო საერთაშორისო სტანდარტებით ხორციელდება. მკურნალობის რეჟიმის დარღვევა შეიძლება, შიდსის საწინააღმდეგო ანტივირუსული პრეპარატებისადმი რეზისტენტობის ერთ-ერთ მიზეზად იქცეს, თუმცა აქვე უნდა აღვნიშნოთ, რომ მხოლოდ ეს ფაქტორი არ განსაზღვრავს რეზისტენტობას მკურნალობის მიმართ. მნიშვნელოვან როლს ასრულებს პაციენტის ინდივიდუალური მონაცემებიც.

— როგორია ამჟამად შიდსით დაავადებულის სიცოცხლის ხანგრძლივობა?

— ამ კითხვაზე პასუხის გასაცემად ჩატარებულია საკმაოდ ფართო გამოკვლევა, რომელმაც რამდენიმე ათეული ქვეყანა მოიცვა. არსებული მონაცემებით, ადამიანს, რომელსაც შიდსის დიაგნოზი 25 წლის ასაკში დაუსვეს, შეუძლია საშუალოდ კიდევ 53 წელი იცოცხლოს. საზოგადოდ, შეიძლება ითქვას, რომ „შიდსი დაბერდა“. შიდსით დაავადებულთა სიკვდილის მიზეზების საქართველოში ჩატარებულმა ანალიზმა ცხადყო, რომ თუ 2005 წლამდე სიკვდილი უშუალოდ შიდსით გამოწვეულ დაავადებებთან იყო დაკავშირებული, ამჟამად წინა პლანზე აღვიძლის ტერმინალური დაავადებები, გულ-სისხლძარღვთა სისტემის პათოლოგიები, ავთვისებიანი სიმსივნეები, რომელთაც არ აქვთ უშუალო კავშირი შიდსთან. უკანასკნელთა შორის უნდა აღვნიშნოთ C ჰეპატიტი, რომლის მაღალ მაჩვენებელსაც შიდსით დაავადებულთა შორის განაპირობებს ინტრავენური ნარკოტიკების მოხმარების მაღალი სიხშირე.

— როგორია დაავადების კლინიკური გამოვლინება?

— უშუალოდ ინფიცირებისას და ინფიცირებიდან მოკლე ხანში დაავადების სპეციფიკური კლინიკური ნიშნები არ ევლინდება. შესაძლოა, თავი იჩინოს ზედა სასუნთქი გზების ვირუსული ინფექციისთვის — ე.წ. გაციებისათვის — დამახასიათებელმა სიმპტომატიკამ. დაავადების კლინიკური სიმპტომები კი, როგორც აღვნიშნეთ, წლების შემდეგ ევლინდება. შიდსის გამოვლინება შეიძლება იყოს:

○ გახანგრძლივებული ცხელება;

○ პნევმონია (ფილტვების ანთება), რომელიც ცუდად ემორჩილება მკურნალობას;

○ ხანგრძლივი ფაღარათი;

○ სხვადასხვა ლოკალიზაციის სოკოვანი ინფექცია.

როდესაც ეს სიმპტომები გამოაჩნდება პირს, რომელიც შიდსით დაავადების რისკჯგუფს ეკუთვნის (ნარკომანები, პომოსექსუალები, მეძაეები), აუცილებელია ჩატარდეს გამოკვლევა შიდსის გამოსარიცხად. მიმდინარეობს აქტიური მუშაობა, რათა აღნიშნული კვლევა საეჭვო სიმპტომების შემთხვევაში ჩატარდეს პირველადი ჯანდაცვის რგოლის დონეზე. დაავადების მომდევნო ეტაპებზე თავს იჩენს სხვადასხვა ვირუსული ინფექცია, სეპორეული დერმატიტი, ტუბერკულოზი, სისხლის სისტემის ავთვისებიანი სიმსივნეები, თავის ტვინის ლიმფომა, კაპოშის სარკომა და სხვა. საზოგადოდ, შიდსის კლინიკური სურათი მეტად მრავალფეროვანია. შიდსით დაავადებულს ღრმა იმუნოდეფიციტის ფონზე შეიძლება განუვითარდეს პრაქტიკულად ნებისმიერი ინფექცია და სიმსივნე, მაგრამ მათი განვითარების სიხშირე ერთნაირი არ არის. ყველაზე ხშირად ვითარდება ე.წ. ოპორტუნისტული ინფექციები და ის სიმსივნეები, რომლებიც, სავარაუდოდ, ასოცირებულია ვირუსებთან.

— რას გულისხმობს ტერმინი „ოპორტუნისტული ინფექციები“?

— ოპორტუნისტული ეწოდება ინფექციას, რომლის გამომწვევი (ბაქტერია, ვირუსი, პარაზიტი თუ სოკო) შესაძლოა, ჯანმრთელი ადამიანის ორგანიზმშიც ბინადრობდეს, მაგრამ არ იწვევდეს პათოლოგიას და მხოლოდ იმუნოკომპრომეტირებულ პირებში გამოიწვიოს დაავადება. სწორედ ამიტომ ოპორტუნისტული ინფექციების წინააღმდეგ ბრძოლას, მათ პროფილაქტიკას, დიაგნოსტიკასა და მკურნალობას დიდი მნიშვნელობა ენიჭება აივ ინფექცია/შიდსით დაავადებული პაციენტების მკურნალობასა და მოვლაში. აივ ინფექციის დროს ხშირია ტუბერკულოზი, პნევმოციტური პნევმონია, პერპესვირუსი, ციტომეგალოვირუსი და სხვა ბაქტერიული, სოკოვანი თუ პარაზიტული ინფექციები. აივ ინფექციის შედეგად განვითარებული იმუნოდეფიციტის ფონზე ხშირად ვითარდება სხვადასხვა გენეზის სიმსივნე: კაპოშის სარკომა, საშვილოსნოს ყელის კიბო, სხვადასხვა სახის ლიმფომა, მათ შორის — არაპოჯკინის, ცნს-ის პირველადი და ბერკიტის ლიმფომები, ასევე — ბრტყელუჯრედოვანი კიბო. აივ ინფექციის დროული დიაგნოსტიკა გართულებების ეფექტური პროფილაქტიკისა და პაციენტის სიცოცხლის გახანგრძლივების საწინდარია.

— გულისხმობს შიდსის პროფილაქტიკა რას?

— სადღეისოდ საქართველოში, ისევე როგორც მთელ მსოფლიოში, აივ ინფექცია/შიდსის პროფილაქტიკური ღონისძიებები ორი ძირითადი მიმართულებით ხორციელდება:

○ ბიოსამედიცინო მიმართულება გულისხმობს სამედიცინო მანიპულაციების უსაფრთხოებას, დონორთა სისხლისა და/ან ორგანოების ტესტირებას, სტერილიზაცია-დეზინფექციის პრინციპების დაცვას;

○ ქცევითი სფეროს მიმართულება მოიცავს აივ ინფექცია/შიდსის გადაცემასთან დაკავშირებულ სარისკო ქცევებს. შიდსის ვირუსით ინფიცირების სარისკო ქცევის მქონე ადამიანთა ჯგუფს მიეკუთვნებიან: ნარკომანები, მუცაეები, პომოსექსუალები, ხშირი დაუცველი სქესობრივი კონტაქტების მქონე პირები, აგრეთვე ის პირები, რომლებიც აივ ინფექცია/შიდსის მხრივ არაკეთილსაიმედო ქვეყნებში (უკრაინა, რუსეთი და სხვ.) იმყოფებოდნენ, იძულებით ადგილნაცვალი პირები (ლტოლვილები), სისხლის ხშირი რეციპიენტები, პირები, რომელთაც სამედიცინო მანიპულაცია ჩაიტარეს არასაკმარისად გასტერილებული სამედიცინო იარაღებით. რისკ-ჯგუფს მიეკუთვნება გარკვეული პროფესიის სამედიცინო პერსონალი (ქირურგები, გინეკოლოგები, სისხლის ლაბორატორიის თანამშრომლები, რომელთაც კონტაქტი აქვთ სისხლთან, ასევე ექთნები, რომლებიც ატარებენ სამედიცინო მანიპულაციებს და სხვა).

აივ ინფექცია/შიდსის განკურნება დღეს არსებული სამკურნალო საშუალებებით შეუძლებელია, მაგრამ არსებობს ანტირეტროვირუსული პრეპარატები, რომლებიც იძლევა საშუალებას, შიდსი მომაკედინებლიდან ქრონიკულ მართვად დააქადებად იქცეს. განასხვავებენ აივ ინფექცია/შიდსის მკურნალობის შემდეგ მიმართულებებს:

- ანტირეტროვირუსული მკურნალობა (არვ);
- ოპორტუნიტულ ინფექციათა მკურნალობა;
- იმუნოკორექცია და იმუნორეაბილიტაცია.

ანტირეტროვირუსული მკურნალობა იწყება შესაბამისი ლაბორატორიული და კლინიკური ჩვენების შემთხვევაში. ყველა აივინფიცირებულს არც არ სჭირდება. სწორად შერჩეული და დროულად დაწყებული არც გამოირჩევა მაღალი აქტიურობით, იგი:

1. თრგუნავს ვირუსის რეპლიკაციას.

2. ახანგრძლივებს ინფიცირებულის სიცოცხლეს და ანელებს დაავადების პროგრესირებას.

3. სისხლში ვირუსის კონცენტრაციის შემცირების გზით ამცირებს დაავადების გადაცემის რისკს.

4. აუმჯობესებს პაციენტის სიცოცხლის ხარისხს.

არვ თერაპიის ფონზე ადვილია ოპორტუნიტული დაავადებების პროფილაქტიკა და მკურნალობა, რასაც დიდი თერაპიული, მორალური და ეკონომიკური მნიშვნელობა აქვს როგორც პაციენტისთვის, ისე სახელმწიფოსთვის. არვ თერაპიის შეწყვეტა ან რეჟიმის დარღვევა იწვევს დაავადების სწრაფ პროგრესირებას და ვირუსის რეზისტენტური ფორმების განვითარებას, ამიტომ დიდი მნიშვნელობა აქვს პრეპარატების მიღების რეჟიმის ზუსტად დაცვას, ასევე გვერდითი ეფექტების დროულად გამოვლენას და მათ წინააღმდეგ ბრძოლას. ანტირეტროვირუსული თერაპია დიდ ეკონომიკურ რესურსებს მოითხოვს, რაც ხელს უშლიდა რეჟიმის ზუსტ დაცვას და მის ფართო გამოყენებას. საქართველო არის ერთ-ერთი პირველი ქვეყანა დსთ-ის ქვეყნებს შორის, რომელიც უზრუნველყოფს არვ თერაპიის 100%-იან ხელმისაწვდომობას. თუ პაციენტის მდგომარეობა არ მოითხოვს მის სტაციონარიზაციას, მკურნალობა ამბულატორიულად მიმდინარეობს, საჭიროების შემთხვევაში კი ხდება პაციენტის ჰოსპიტალიზაცია. წესისამებრ, აღრიცხვაზე მყოფ პაციენტებს წელიწადში სამჯერ უტარდებათ გამოკვლევა იმუნური სისტემის მდგომარეობისა და ვირუსული დატვირთვის დასადგენად. მდგომარეობის მონიტორინგი აუცილებელია მკურნალობის დაწყების მომენტის განსაზღვრისათვის. თბილისში არსებული ინფექციური პათოლოგიის, შიდსისა და კლინიკური იმუნოლოგიის სამეცნიერო-კვლევითი ცენტრის გარდა საქართველოში ფუნქციონირებს აივ ინფექცია/შიდსით დაავადებულთა ორი რეგიონუ-

ლი ცენტრი: ბათუმსა და ზუგდიდში. თამამად შეიძლება ითქვას, რომ დღეისათვის საქართველოში შიდსის მკურნალობა ზუსტად ისე მიმდინარეობს, როგორც მსოფლიოს განვითარებულ ქვეყნებში. სამწუხაროა, რომ კაცობრიობის დიდ ნაწილს დღესაც არ აქვს სწორი წარმოდგენა აივ ინფექცია/შიდსის შესახებ. შეიძლება ითქვას, რომ ამ პრობლემას შორიდან უყურებენ და არავენ ფიქრობს იმაზე, რომ ეს დაავადება მასაც შეიძლება შეეხო. აივ ინფექცია/შიდსის შესახებ არასაკმარისი ცოდნის გამო დაავადებულთა მიმართ ყალიბდება სტიგმა და ხდება მათი დისკრიმინაცია, ინფიცირებულთა უფლებების დარღვევა. სტიგმისა და დისკრიმინაციის გამო ინფიცირებულთა დიდი ნაწილი მალავს თავის სტატუსს, რაც ხელს უწყობს დაავადების გავრცელებას. იმისთვის, რომ აივ ინფექცია/შიდსის პროფილაქტიკა და მკურნალობა ეფექტურად განხორციელდეს, საჭიროა, ყველა გავერთიანდეთ ამ დაავადების წინააღმდეგ. მხოლოდ ამგვარად თუ შევძლებთ მის დამარცხებას.

1.14 სასქესო ორგანოთა სოკოვანი დაავადება

სასქესო ორგანოების სოკოვანი დაავადება დღეს ერთ-ერთი ყველაზე მეტად გავრცელებული პათოლოგიაა. ამიტომ როცა სგგი-ზე ვსაუბრობთ, გვერდს ვერ ავუვლით მათ.

სასქესო ორგანოთა სოკოვანი დაავადების განვითარების მიზეზები

სასქესო ორგანოების სოკოვან დაავადებას ყველაზე ხშირად იწვევს კანდიდას გვარის საფუარიისმაგვარი სოკო კანდიდა ალბიკანსი (*Candida Albicans*) (ამ სოკოთი გამოწვეულ დაავადებას, როგორც იცით, კანდიდოზი ეწოდება), გაცილებით იშვიათად — სოკო თორულოპსისი.

სასქესო ორგანოების სოკოვანი დაავადების განვითარების ხელშემწყობი ფაქტორები შეიძლება გარეგან (ეგზოგენურ) და შინაგან (ენდოგენურ) ფაქტორებად დაიყოს. გარეგანი ფაქტორების გავლენით ორგანიზმში იჭრება სოკოვანი ფლორა, რაც თრეუნავს ორგანიზმის საერთო რეაქტიულობას, ზოლო ენდოგენური ფაქტორები, წესისამებრ — ქრონიკული დაავადებები, აქვეითებს ორგანიზმის წინააღმდეგობის უნარს. ასეთი ფაქტორი შეიძლება იყოს:

○ სასქესო ორგანოების ლორწოვანი გარსის დაზიანება და თანდაყოლილი ანომალიები;

○ დაავადებები და/ან ფიზიოლოგიური მდგომარეობები, რომლებიც იწვევს ჰორმონულ ცვლილებებს და ამცირებს ორგანიზმის ბრძოლისუნარიანობას (შაქრიანი დიაბეტი, ჰიპოთირეოზი, ტუბერკულოზი, ავთვისებიანი სიმსივნეები, ფსიქიკური დაავადებები, ორსულობა, კლიმაქსური პერიოდი);

○ ჰიპოვიტამინოზი, ავიტამინოზი;

○ იმუნოდეპრესიული მოქმედების მედიკამენტებით — კორტიკოსტეროიდებით, ციტოსტატიკებით, იმუნოდეპრესანტებით — მკურნალობა, სხივური თერაპია, ჩასახვის საწინააღმდეგო საშუალებების არასწორი გამოყენება, ფართო სპექტრის ანტიბიოტიკების ხანგრძლივი უკონტროლო გამოყენება;

○ ხანგრძლივი სტრესი და არასწორი კვება.

კანდიდას გვარის სოკოები უშუალოდ ასტიმულირებს ბაქტერიული ინფექციების გამომწვევებს, ასევე იწვევს ბაქტერიების მგრძნობელობის დაქვეითებას ანტიბიოტიკებისა და სხვა პრეპარატების მიმართ. სწორედ ამით არის განპირობებული სასქესო ორგანოებში ბაქტერიული წონასწორობის დარღვევა, რის გამოც ვითარდება ჯერ დისბაქტერიოზი, მერე კი — კანდიდოზი.

გადაედება თუ არა შარდსასქესო ორგანოების კანდიდოზი სქესობრივი კონტაქტის შედეგად?

მართალია, კანდიდოზის გამომწვევი გადაედება სქესობრივი გზით (შარდსასქესო ორგანოების კანდიდოზი, ჩვეულებრივ, ვითარდება დაავადებულ ან ინფექციის მატარებელ ადამიანთან სქესობრივი კონტაქტის შედეგად), მაგრამ ინფექცია ორგანიზმში ფეხს იკიდებს მხოლოდ მაშინ, როდესაც ადამიანის იმუნური სისტემა დათრგუნულია. კანდიდოზს არ მიაკუთვნებენ ვენერული დაავადებების რიცხვს, თუმცა მათთან ერთად განიხილავენ მსგავსი კლინიკური სურათის გამო.

დაავადების განვითარების მექანიზმი

საშოში უამრავი მიკროორგანიზმი სახლობს. მათი ნაწილი სასარგებლოა, ნაწილი კი — პათოგენური და პირობით პათოგენური. სასარგებლო მიკროორგანიზმები, მათ შორის — ლაქტობაქტერიები, საშოში ქმნიან მჟავა გარემოს, რითაც თრგუნავენ მავნე ბაქტერიების მოქმედებას და მათ ზღვარგადასულ გამრავლებას. თუ ლაქტობაქტერიების რაოდენობამ რაიმე მიზეზით იკლო, წონასწორობა ირღვევა და საშოში მრავლდება პათოლოგიური მიკრობები, მათ შორის — სოკოებიც.

სასქესო ორგანოების სოკოვანი ინფექციის სიმპტომები და მიმდინარეობა

ქალებში, სოკოვანი ინფექციის ლოკალიზების მიხედვით, განასხვავებენ ვულვის, საშოს, საშეილოსნოსა და საშეილოსნოს დანამატების კანდიდამიკოზს. ამ დროს ჩივილები მეტწილად განსხვავებულია.

კანდიდოზური ვულვიტი

ვულვიტი ვულვის ანთებაა. კანდიდოზური ვულვიტის დროს ვულვის კანი და საშოს კარიბჭის ლორწოვანი გარსი წითლდე-

ბა. ვულვის კანზე ჩნდება მცირე ზომის ბუშტუკები, რომლებიც შემდგომ ეროზიებად გარდაიქმნება. ეროზიები ერთმანეთს უერთდება და იფარება ქერქით, რასაც თან ახლავს ქავილი და წვა.

კანდიდოზური კოლპიტი

კოლპიტი საშოს ანთებაა. კანდიდოზურ კოლპიტს ახასიათებს წვა, ქავილი, ტკივილი, ფიფქოვანი თეთრად შლა უსუნო გამონადენით. გამონადენი ძალიან ჰგავს ხაჭოს, მძიმე შემთხვევებში მწვანეც შეიძლება იყოს. მწვავე კანდიდოზური ენდოცერვიციტისთვის დამახასიათებელია საშვილოსნოს ყელის არხის ლორწოვანი გარსის ჰიპერემია და შეშუპება. ხშირად ვითარდება ნამდვილი ეროზია, მქაჩავი თეთრად შლა. უმეტესად თან ახლავს კოლპიტიც. ენდოცერვიციტის დროს სქესობრივი აქტი ძლიერ მტკივნეულია. ქრონიკულ სტადიაში დაავადების ნიშნები წაშლილი ფორმით ვლინდება.

კანდიდოზური ენდომეტრიტი

ენდომეტრიტი საშვილოსნოს ლორწოვანი გარსის ანთებაა. კანდიდოზური ენდომეტრიტი შედარებით იშვიათია. უმეტესად ვითარდება სექტიკური ენდომეტრიტის შემდეგ, რომლის დროსაც აუდმყოფი დიდი ღოზით იღებდა ანტიბიოტიკს. გამოვლინებით სექტიკურ ენდომეტრიტს ჰგავს, მიმდინარეობს ხანგრძლივად.

კანდიდოზური სალპინგოოფორიტი

სალპინგოოფორიტი საშვილოსნოს დანამატების ანთებაა. კანდიდოზური სალპინგოოფორიტი ძალზე იშვიათად გვხვდება. კლინიკური სურათი საშვილოსნოს დანამატების სეფსისური ანთების მსგავსია. მამაკაცებში შარდსასქესო კანდიდოზი იშვიათად (0,3-3,5%) ვლინდება. საინკუბაციო პერიოდი 4 დღიდან 2 თვემდე გრძელდება, უმეტესად — 2-3 კვირა. კანდიდოზი საშარდე მილის ანთების (ურეთრიტის), სასქესო

ასოს ანთების (ბალანიტის) სახით მიმდინარეობს, ხოლო თუ ანთებითი პროცესი ჩუჩის შიგნითა ფურცელზეც არის გადასული, საქმე ბალანოპოსტიტთან გვაქვს. განასხვავებენ მწვავე, ეროზიულ და განგრენოზულ ბალანოპოსტიტს.

კანდიდოზის ნიშნები მამაკაცებში

- წვა და ქუეილი სასქესო ასოსა და ჩუჩის შიგნითა ფურცლის მიდამოში;

- სასქესო ასოს თავისა და ჩუჩის შიგნითა ფურცლის სიწითლე;

- თეთრი ნაფიფქი სასქესო ასოს თავსა და ჩუჩის შიგნითა ფურცელზე;

- ტკივილი და უსიამოვნო შეგრძნება სქესობრივი აქტის დროს;

- ტკივილი მოშარდვის დროს;

- თეთრი ფერის სპერმისმაგვარი გამონადენი შარდვის დროს.

მამაკაცებს კანდიდოზი გაცილებით იშვითად უვითარდებათ, რადგან სოკო იოლად გამოირეცხება ურეთრიდან შარდთან ერთად. ფიზიოლოგიურად სოკო კანდიდა ძალიან ძნელად ეგუება მამაკაცის სასქესო ორგანოებზე ცხოვრებას. აქედან გამომდინარე, მამაკაცებში ამ დაავადების გამოვლინება საკმაოდ საყურადღებო სიმპტომია, რომელიც ორგანიზმის იმუნური დაცვის ძლიერ დაქვეითებაზე ან სქესობრივი გზით გადამდები სხვა ინფექციის არსებობაზე მიუთითებს, ამიტომ თვითმკურნალობას უნდა ერიდოთ, გაიაროთ სრული დიაგნოსტიკა და ჩაიტაროთ მკურნალობა შესაბამისი პროფილის ექიმთან.

დიაგნოსტიკა

დიაგნოზი ემყარება ანამნეზურ, სარკეებში გინეკოლოგიური გასინჯვის (ქალებში) ან უროლოგიური გასინჯვის (მამაკა-

ცებში) და ლაბორატორიული გამოკვლევების შედეგებს. ლაბორატორიული გამოკვლევებიდან აღსანიშნავია ბიოლოგიური მასალის მიკროსკოპიული და ბაქტერიოლოგიური გამოკვლევა. დიაგნოზს ამყარებს დაზიანებული უბნებიდან აღებულ ბიოლოგიურ მასალაში (მამაკაცებში — ურეთრიდან აღებულ ნაცხში, ქალებში — საშოს ნაცხში, ენდომეტრიუმის ანაფხეკში, საშვილოსნოს ღრუს გამონაყოფში) გამომწვევის აღმოჩენა. კანდიდას ტიპის სოკოს გამოვლენას ნათესში პირდაპირი იმუნოფლუორესცენციის (პიფ) მეთოდითა და დნმ-მეთოდით სადიაგნოზო მნიშვნელობა არ აქვს, რადგან კანდიდოზის დროს მნიშვნელოვანია არა უბრალოდ კანდიდას არსებობა, არამედ მისი კოლონიების რაოდენობის განსაზღვრა.

გართულება

რაც უფრო ადრე დაიწყება მკურნალობა, მით უფრო უკეთესი იქნება შედეგი. საზოგადოდ, კანდიდოზი იკურნება, მაგრამ მკურნალობის გარეშე პროცესი ხანგრძლივდება და რთულდება, ხოლო თუ არ აღმოიფხვრა ის ფაქტორები, რომლებიც კანდიდოზის განვითარებას უწყობს ხელს, შესაძლოა დაჟვადებამ მორეციდივე ხასიათი მიიღოს. თუ ორივე სქესობრივმა პარტნიორმა ერთდროულად არ იმკურნალა, მოსალოდნელია რეინფექცია — ხელახალი ინფიცირება.

აღსანიშნავია, რომ შარდსასქესო ორგანოების კანდიდოზი უშვილობის ძირითადი მიზეზი არ არის.

აუცილებლად უნდა ითქვას, რომ ორსულობის დროს ნაყოფის ინფიცირების შესაძლებლობა არსებობს, რაც ნაადრევი მშობიარობის საშიშროებას ქმნის. შესაძლოა ახალშობილის ინფიცირება დედის სამშობიარო გზებში გავლის დროსაც. შედეგად ვითარდება ლორწოვანი გარსების სპეციფიკური ანთება. ორსულებში დაავადების მკურნალობა იწყება ორსულობის II ნახევრიდან. ამ დროს ყველა პრეპარატის მიღება

არ შეიძლება, მკურნალობა არჩევითია. ორსულს ეკრძალება ისეთი კრემებისა და ტაბლეტების გამოყენება, რომლებიც კლოტრიმაზოლს შეიცავს.

მკურნალობა

მკურნალობა აუცილებლად ექიმის დანიშნულებითა და მეთვალყურეობით უნდა ჩატარდეს. თვითმკურნალობის დროს არასწორად შერჩეულმა სოკოს საწინააღმდეგო პრეპარატებმა შესაძლოა მდგომარეობა დროებით გააუმჯობესოს, მაგრამ განკურნებამდე ვერ მიგვიყვანოს.

მკურნალობის დაწყებიდან 2 კვირის შემდეგ, მერე — თვეში ერთხელ, დაბოლოს — მკურნალობის დასრულებიდან 6 თვის შემდეგ აუცილებლად უნდა ჩატარდეს საკონტროლო გამოკვლევა. ნაცხში სოკოს აღმოჩენა განმეორებითი მკურნალობის ჩვენებაა. მკურნალობის მეთოდის შერჩევისას ითვალისწინებენ დაზიანების ფართობსა და ფორმას, სოკოს გავრცელების ხარისხს, თანმხლებ დაავადებებს, პაციენტის ასაკს. სოკოს საწინააღმდეგო საშუალებები გარეგანიც არსებობს და შინაგანიც. გარეგანი, ადგილობრივი მოქმედების პრეპარატებია საცხი, ვაგინალური ტაბლეტები ან სანთლები, შინაგანი, სისტემური მოქმედებისა კი დასაღვეი ტაბლეტები ან კაფსულები. შინაგანად მისაღები ფორმები სოკოს კომპლექსური მკურნალობისას ინიშნება. დღესდღეობით ეფექტურად მიიჩნევა პულსთერაპია ხანგრძლივი ინტერვალებით. კვირის განმავლობაში პრეპარატები გროვდება ორგანიზმში, რაც მომდევნო სამი კვირის განმავლობაში მკურნალობისგან დასვენების საშუალებას იძლევა, მაშინ, როდესაც პრეპარატი კვლავ აქტიურად განაგრძობს ინფექციასთან ბრძოლას. პულსთერაპიის ჩვეულებრივი კურსი სამი თვე გრძელდება, მაგრამ პრეპარატი მისი დასრულების შემდეგ კიდევ ერთი წლის განმავლობაში ებრძვის ინფექციას და ხელს უშლის სოკოს ხე-

ლახალ წარმოქმნას. ეს უნიკალური მეთოდის მკურნალობას მაქსიმალურად მოხერხებულსა და უსაფრთხოს ხდის და თავიდან გვაცილებს რეციდივებს.

მამაკაცებში კანდიდოზის მკურნალობის პირველ სტადიაზე ადგილობრივი საშუალებები ინიშნება. შეიძლება ფლუკონაზოლის ერთჯერადი მიღებაც 150 მგ დოზით. კანდიდოზის ქრონიკული ფორმის დროს ინიშნება შინაგანად მისაღები პრეპარატები, მდგომარეობის გათვალისწინებით — ორგანიზმის მიკროფლორის აღმდგენი საშუალებებიც. მნიშვნელოვანია, მკურნალობა დაეწყოთ ინფექციის პირველი ნიშნების შემჩნევისთანავე, რათა ინფექციამ განვითარება არ განაგრძოს, ქრონიკულ ფორმაში არ გადაიზარდოს და არ გამოიწვიოს ისეთი სერიოზული დაავადებები, როგორიც არის, მაგალითად, ქრონიკული პროსტატიტი ან ვეზიკულიტი. არც კანდიდოზის შარდის ბუშტსა და თირკმელებზე გავრცელებაა გამორიცხული. კანდიდოზის მკურნალობა ხელშემწყობი ფაქტორების აღმოფხვრასა და თანმხლები დაავადებების მკურნალობასაც ითვალისწინებს. თვითმკურნალობა დაუშვებელია, საშიშიც კი.

მკურნალობის დასრულებამდე რეკომენდებულია დაეიცვათ გარკვეული დიეტა: გამოერიცხოთ რაციონიდან ტკბილი და ცხარე საკვები, სანელებლები, მარინადი, ასევე — სპირტიანი სასმელები. ეფექტური და შედეგიანი მკურნალობისთვის რეკომენდებულია, კურსის ბოლომდე შევिकाვოთ თავი სქესობრივი კონტაქტისგან.

სამახსოვრო

მკურნალობის დროს აუცილებლად უნდა ჩაუტარდეს დეზინფექცია ყველაფერს, რასაც შეიძლება შეეხოს სოკო: აბანოსა და საშხაპე ინვენტარს, ავადმყოფის პირად ნივთებს, ტანსაცმელს, თუთრეულს. ქსოვილები შეიძლება გამოვხარშოთ საპ-

ნისა და სოდის 2%-იან ნარეშში (15-20-წუთიანი დუღილი აუცილებელია), მერე კი დავაუთოთ. აბაზანა უნდა დამუშავდეს შემდეგი წესით: აიღეთ თანაბარი რაოდენობის სარეცხი ფხვნილი და ქლორიანი კირი ან ქლორამინი (შეიძლიათ აგრეთვე გამოიყენოთ 5%-იანი ქლორამინის ხსნარი, 5%-იანი ქლორიანი კირი ან 3%-იანი ლიზოლი), აურიეთ ერთმანეთში, მოაყარეთ აბაზანას, გააჩერეთ 30 წუთის განმავლობაში და ჩარეცხეთ.

2. გამონადენი სასქესო ორგანოებიდან

2.1 გამონადენი მამაკაცებში

სასქესო ასოდან გამონადენი შესაძლოა გაჩნდეს გონორეის, ტრიქომონიაზის, ურეაპლაზმოზის, მიკოპლაზმოზის, ქლამიდოზისა და არასპეციფიკური ურეთრიტის დროს, მაგრამ ვიდრე ამ დაავადებებზე გადავიდოდეთ, იმ ფიზიოლოგიურ მდგომარეობას მიმოვიხილავთ, რომლის დროსაც სპეციფიკური გამონადენის არსებობა პათოლოგიად არ მიიჩნევა.

1. ერეგირების დროს სასქესო ასოს თავზე არსებული ხერუღიდან ხშირად (თითქმის ყოველთვის) გამოიყოფა სპეციფიკური სეკრეტორული სითხე.

ის არ ჰგავს იმ სითხეს, რომელიც ეაკულაციის დროს გამოინთხევა. იგი გამჭვირვალე წვეთის სახით გამოიყოფა და ასოს თავის საცხის ფუნქცია აკისრია. გარდა ამისა, იგი აქვეითებს ურეთრის მეაფიანობას, რაც იმას ნიშნავს, რომ მამაკაცის ეაკულატმა შესაძლოა ქალის დაორსულება გამოიწვიოს. მამაკაცებს ზოგჯერ შარდის წვეთი ამ სეკრეტორულ სითხეში ერევათ. მათი ერთმანეთისგან გარჩევა ძალიან ადვილია: შარდი წყლისმაგვარია, ხოლო ეს სეკრეტორული სითხე — წებოვანია. ის შესაძლოა ასოს თავზე გამოჩნდეს დილაობით, მოშარდვამდე, და მის შემდეგაც.

2. მეორე ფიზიოლოგიური მდგომარეობაა პოლუცია. პოლუცია სათესლე სითხის უნებლიე დაღვრას ჰქვია. ასეთი რამ, ჩვეულებრივ, ძილში ეროტიკული სიზმრების ფონზე ხდება და ძილის შეწყვეტას არ იწვევს. ღამის პოლუცია ხშირად აქვთ მოზარდ-

ებს და სქესობრივ მომწიფებაზე მეტყველებს. რგულარული სქესობრივი ცხოვრების დაწყებისთანავე პოლუცია წყდება. არსებობს დღის პოლუციაც, რომელიც ვითარდება სიფხიზლისას, უმეტესად — ბუნებრივი სქესუალურ-ეროტიკული აღგზნების დროს (ოღონდ არა სქესობრივი სიახლოვისას, არამედ ჩახუტების, კოცნის, ასევე — შიშველი სხეულის ან სხეულის რომელიმე შიშველი ნაწილის დანახვის დროს). ზოგჯერ დღის პოლუციას იწვევს არასქესუალური გამაღიზიანებელიც, მაგალითად, ძლიერი ემოცია (შიში), სატრანსპორტო ვიბრაცია, აკრობატული ილეთი. ღამის პოლუცია შესაძლოა ზრდასრულ მამაკაცსაც ჰქონდეს. ეს, როგორც წესი, სქესობრივი თავშეკაების შედეგია. პოლუცია ნორმისგან გადახრა კი არა, სქესობრივი ჯირკვლების ნორმალური პორმონული აქტიუობის მაჩვენებელია, მაგრამ როცა ასეთი რამ ხშირად ხდება (ყოველდღე ან ღღეში რამდენჯერმეც კი სქესობრივი ცხოვრების ჩვეული რიტმის ფონზე), ეს უკვე სქესობრივი სფეროს დარღვევაზე მიუთითებს. ამ დროს ექიმთან ვიზიტი აუცილებელია. ყველა დანარჩენი სითხე, რომელიც მამაკაცის სასქესო ასოდან გადმოედინება, განსაკუთრებით — თუ ის მომწვანო, მორუხო (ან რუხი), მოყვითალო ფერისაა ან ხაჭოს-მაგვარი კონსისტენცია აქვს, აუცილებლად უნდა იქნეს ტესტირებული სპეციალისტის მიერ.

გამონადენი და ურეთრიტი (შარდსადენის ლორწოვანი გარსის ანთება)

მამაკაცებში ურეთრიტის დამახასიათებელ სიმპტომად შარდსასქესო არხიდან გამონადენი მიიჩნევა, მაგრამ გამონადენი შეიძლება ფიზიოლოგიურიც იყოს, ხოლო ურეთრიტი გამონადენის გარეშე მიმდინარეობდეს, ამიტომ დიდი მნიშვნელობა აქვს გამონადენის შემჩნევისთანავე ექიმთან ვიზიტს. ურეთრიტს გამონადენთან ერთად თან სდევს დიზურია (შარდვის გაძნელება) და სასქესო ასოს თავის გაღიზიანება. ურეთრიტის დიაგნოსტირება ურე-

თრის ნაცხის ან შარდის პირველი ულუფის გამოკვლევით ხდება. ურეთრიტს ხშირად იწვევს გონოკოკი, ქლამიდია და სხვა.

გამონადენი და გონორეა

როგორც უკვე ვთქვით, გონორეა მამაკაცსა და ქალებში სხვადასხვანაირად მიმდინარეობს, მაგრამ მათი საერთო ნიშანის არის, რომ დაავადების ძირითადი გამოვლინებაა გამონადენი სასქესო ორგანოებიდან და მჭრელი ტკოვილი შარდვის დროს. მამაკაცებში გონორეის სიმპტომად მიიჩნევა თეთრი ან ყვითელი გამონადენი ასოდან. გამონადენის არარსებობა დაავადების არარსებობას არ ნიშნავს. გამონადენი, როგორც წესი, საინკუბაციო პერიოდის (2-დან 5 დღემდე) შემდეგ ჩნდება, თუმცა მხედველობაშია მისაღები, რომ ზოგჯერ საინკუბაციო პერიოდი უფრო ხანგრძლივია — ერთ თვეს და მეტხანსაც გრძელდება.

ბოლო დროს აღნიშნავენ ისეთი შემთხვევების გახშირებას, როდესაც გონორეა უსიმპტომოდ მიმდინარეობს, სხვა შემთხვევებში კი საინკუბაციო პერიოდის შემდეგ ვითარდება გონორეის მწვავე ფორმისათვის დამახასიათებელი ნიშნები. დაავადების მიმდინარეობა და სიმპტომების გამოვლინება პირველ ყოვლისა იმაზეა დამოკიდებული, თუ რომელ ორგანოს შეუტევს გონოკოკი. ყველაზე ხშირად ურეთრა ზიანდება და გონორეული ურეთრიტი ვითარდება. სხვათა შორის, მისთვისაც დამახასიათებელია გამონადენი, რომელიც ქვედა საცეალზე მოყვითალო-მომწვანო ლაქებს ტოვებს.

გონორეა საკმაოდ სერიოზული ინფექციაა. უყურადღებობის შემთხვევაში უშეილობას, იმპოტენციას და სხვა გართულებებს იწვევს, არადა, თანამედროვე მედიცინა ძალიან ადვილად უმკლავდება მის გამომწვევს. მთავარია, მკურნალობა რაც შეიძლება ადრიანად დაიწყოს, თვითმკურნალობით კი საქმე შესაძლოა ძალიან გართულდეს (უფრო ვრცლად გონორეის შესახებ იხილეთ თავი 1.4).

გამონადენი და ტრიქომონიაზი

ტრიქომონა ერთუჯრედიანი არსებაა, რომელსაც უნარი შესწევს, იცოცხლოს არა მარტო ორგანიზმში, არამედ მის გარეთაც. ტრიქომონას, გარდა იმ ზიანისა, რასაც უშუალოდ აყენებს ორგანიზმს, შესწევს გონოკოკების შთანთქმის უნარიც, თანაც მათ დაუზიანებლად. ერთი აღმიანის ორგანიზმიდან მეორისაში გადასულ ტრიქომონას თან მიაქვს „გადაყლაპული“ გონოკოკებიც და არასრულყოფილი მკურნალობის (მაგალითად, თვითმკურნალობის) შემთხვევაში ტრიქომონიაზის განკურნების შემდეგ გონორეული ინფექცია ვითარდება. მამაკაცებში ტრიქომონიაზი ხშირად უსიმპტომოდ მიმდინარეობს. მამაკაცი შესაძლოა მთელი ცხოვრება ტრიქომონიაზის მატარებელი იყოს, პარტნიორებს ასნებოვნებდეს, თავად კი არავითარ დისკომფორტს არ განიცდიდეს. შედარებით იშვიათად ანთებითი პროცესები ვლინდება ურეთრაში, პროსტატასა და სათესლე ბუშტუკებში, სათესლე ჯირკვლებში. ზოგჯერ ურეთრიდან დის მღერივ თეთრი სითხე ან შარდში სისხლის კვალი აღინიშნება. ეს 1-2 კვირას გრძელდება, შემდეგ კი სიმპტომები მცირდება, თუმცა დააყადება გრძელდება და ქრონიკულ ფორმაში გადადის. (უფრო ვრცლად ტრიქომონიაზის შესახებ იხილეთ თავი 1.6).

გამონადენი და ურეაპლაზმოზი

ურეაპლაზმა მიკროორგანიზმია, რომელსაც ვირუსებიდან ერთუჯრედიანებისკენ გარდამავალ საფეხურად მიიჩნევენ. დაავადების საინკუბაციო პერიოდი, ჩვეულებრივ, 4 დღიდან ერთ თვემდეა, თუმცა გამორიცხული არ არის, უფრო მეტხანსაც გაგრძელდეს. საინკუბაციო პერიოდის დასრულების შემდეგ თავს იჩენს ურეაპლაზმოზის პირველი სიმპტომები. უნდა ეთქვას, რომ ხშირად ურეაპლაზმოზი თითქმის შეუმჩნეველად, ზოგჯერ კი სრულიად უსიმპტომოდ მიმდინარეობს. ამგვარი მიმდინარეობა

უფრო ქალბატონებში შეიმჩნევა. მამაკაცებში ურეაპლაზმოზის ყველაზე გავრცელებული სიმპტომებია მცირეოდენი გამჭვირვალე გამონადენი სასქესო ასოდან, ზომიერი ტკივილი და წეის შეგრძნება შარდვის დროს. ურეაპლაზმით წინამდებარე ჯირკვლის დაზიანება პროსტატიტის ნიშნებით ვლინდება (უფრო ვრცლად ურეაპლაზმის შესახებ იხილეთ თავი 1.7).

გამონადენი და მიკოპლაზმოზი

უროგენიტალური მიკოპლაზმოზი კლინიკურად დიდად არ განსხვავდება სხვა ეტიოლოგიის (გონორეა, ტრიქომონიაზი) დამაზიანებლებისგან. პაციენტების ერთ ნაწილს სუბიექტური გამოვლინებები არ გააჩნია, მეორე ნაწილს კი სიმპტომების მთელი წყება აღენიშნება. შარდსასქესო გზების დაზიანების შემთხვევაში მამაკაცებს დილაობით ცოტაოდენი გამონადენი აქვთ (უფრო ვრცლად მიკოპლაზმოზის შესახებ იხილეთ თავი 1.8).

გამონადენი და ქლამიდიოზი

ქლამიდიოზი ძირითადად სქესობრივი გზით გადაეცემა. მამაკაცებში ყოველი მეორე ურეთრიტი ქლამიდიური წარმოშობისაა. მამაკაცებში ქლამიდიოზის სიმპტომი ურეთრიდან გამონადენია. არცთუ დიდი ოდენობის გამონადენი გამჭვირვალეა, თან სდევს მცირედი მტკივნეულობა შარდვის დროს. ბაუშეებში (ბიჭებში) ურეთრიდან გამონადენთან ერთად სასქესო ორგანოების ქვეილიც შეიმჩნევა (უფრო ვრცლად ქლამიდიოზის შესახებ იხილეთ თავი 1.5).

გამონადენი და არასპეციფიკური ურეთრიტი

არასპეციფიკური ურეთრიტი შარდის გამომყოფი არხის ანთებაა, რომელიც გონოკოკებისგან, ქლამიდიისგან, ტრიქომონასგან, ურეაპლაზმისგან, მიკოპლაზმისა და ჰერპესის ვირუსისგან განსხვავებული სხვა მიკროორგანიზმებით

არის გამოწვეული. ვენეროლოგიაში ეს ყველაზე საინტერესო და ნაკლებმესწედილი სფეროა. არასპეციფიკურ ურეთრიტზე ეჭვის მიტანა აუცილებელია ურეთრიტის ნებისმიერი სიმპტომის (სასქესო ასოდან გამონაყოფი, ტკივილი და წვა შარდვის დროს) გამოვლინების შემთხვევაში.

გამონადენი და გარდნერულოზი

გარდნერულა მამაკაცის სასქესო სისტემაში უშუალოდ სქესობრივი კონტაქტის დროს ხვდება და ვინაიდან ის მამაკაცის სასქესო ტრაქტის „კანონიერი ბინადარი“ არ გახლავთ, გარდნერულოზი სქესობრივ ინფექციად შეიძლება ჩაითვალოს. მამაკაცის ორგანიზმში გარდნერულა ხშირად ხვდება და როგორც წესი, სასქესო სისტემას 2-3 დღეში ტოვებს. იშვიათად ვითარდება გარდნერულების ქრონიკული მატარებლობა, რომლის დროსაც ანალიზები ყოველთვის დადებითია, თუმცა დაავადების არავითარი სიმპტომი არ შეიმჩნევა. ათიდან 9 შემთხვევაში გარდნერულოზი მამაკაცებში საერთოდ არ ამჟღავნებს თავს და იმიტომ არის საშიში, რომ კაცის სქესობრივი პარტნიორები ისე აუადრებიან, რომ ამის შესახებ წარმოდგენაც კი არ აქვთ. კლასიკურ შემთხვევებში დაავადების გამომწვევები, მოხვდებიან რა საშარდე არხში სქესობრივი აქტის დროს, იწვევენ ლორწოვანი გარსის ღუნედ მიმდინარე ანთებით პროცესს. ამ დროს სასქესო ასოდან შესაძლოა მომწვანო ფერის გამონადენი წამოვიდეს, რომელიც პაციენტისთვის ნაკლებშემაწუხებელია.

თუმცა მდგომარეობა შესაძლოა დამძიმდეს კიდევ — გარდნერულოზის გამომწვევებმა ურეთრიტი გამოიწვიონ, რომელიც მოშარდვისას წვითა და ტკივილით ვლინდება. გარდა ამისა, გამონადენს სპეციფიკური (თევზის) სუნი აქვს. ასეთ დროს გარდნერულოზის მკურნალობა აუცილებელია. რაც შეეხება დანარჩენ შემთხვევებს: რიგი სპეციალისტი მამაკაცებში გარდნერულოზის მკურნალობას აუცილებლობად არ მიიჩნევს, მაგრამ

ვინაიდან მამაკაცთათვის უვნებელი გარდნერელოზი შესაძლოა მათი სქესობრივი პარტნიორების ინფიცირების მიზეზად იქცეს, ამ დაავადების მკურნალობა ყოველთვის საჭიროა (უფრო ვრცლად გარდნერელოზის შესახებ იხილეთ თავი 1.9).

2.1 გამონადენი ქალებში სგგი-ს დროს

ქალის ჯანმრთელობა მისი შეილები ჯანმრთელობის საფუძველია. ჯანმრთელ ქალს არ უნდა აწუხებდეს ქაეილი, წვა, არ უნდა ჰქონდეს ისეთი გამონადენი, რომელიც მენსტრუალური ციკლის ფაზისთვის დამახასიათებელი არ არის. თუ შეამჩნიეთ უჩვეულო გამონადენი საშოდან, მის შეწყვეტამდე აუცილებლად მიმართეთ ექიმს. საქმე ის არის, რომ დაავადება თავისით არ იკურნება, თუნდაც გამონადენი ალაგდეს. საეჭვო ნიშნებია ძლიერი ქაეილი საშოს მიდამოში, გამონადენი არის ზაჭოსებრი, მოყვითალო ან მწვანე, თევზის ან საფუერის მკვეთრი სუნი, წყლულები, ბუშტუკები და სხვა სახის გამონაყარი საშოს ირგვლივ ან შორისის მიდამოში, ტკივილი სქესობრივი აქტის ან შარდვის დროს.

პათოლოგიური გამონადენი ახასიათებს სგგი-ს, მაგალითად, კანდიდოზს, გარდნერელოზს (ბაქტერიული ვაგინოზი), ტრიქომონიაზს, გონორეას, ქლამიდიოზს და სხვა. ინფიცირება შესაძლებელია არა მარტო ნებისმიერი (ვაგინალური, ანალური, ორალური) გზით განხორციელებული სქესობრივი აქტის დროს, არამედ აქტის გარეშეც, სასქესო ორგანოებთან შეხებითაც კი, განურჩევლად პარტნიორისა (როგორც შემთხვევით პარტნიორთან, ასევე ცოლქმრული ურთიერთობის დროს).

ასე რომ, ყველას, ვინც სქესობრივ ცხოვრებას ეწევა, ემუქრება სქესობრივად გადამდები ინფექციებით დასნებოვნების რისკი.

კოლპიტისთვის (საშოს ანთება) დამახასიათებელია საშოს მიკროფლორის ცვლილებები. რქემჟავა ბაქტერიები იღუპება, მათ ადგილს იკაეებს სოკო, ტრიქომონა, გარდნერელა, ნაწლავის ჩხირი და სხვა. ამა თუ იმ მიკრობის უპირატესი სიჭარბისას ვითარდება საშოს ანთების სხვადასხვა ვარიანტი. გარდა ამისა, კოლპიტისთვის დამახასიათებელია საშოდან გამონადენის გაძლიერება, რომელმაც შესაძლოა მიიღოს მოთუთრო, მორუხო, მომწვანო ფერი და უსიამოვნო სუნი.

ამ დაავადებას ასევე თან სდევს გარეთა სასქესო ორგანოების ქავილი და საშოს წვა. საშოს ერთ-ერთი ყველაზე გავრცელებული ინფექციაა სოკოვანი დაავადება. საშოს ტიპური სოკოვანი დაზიანებისას გამონადენი თეთრი, სქელი და ხაჭოსებრია. ხშირად თან სდევს ძლიერი ქავილი. ზოგჯერ ეს დაავადება ვითარდება ანტიბიოტიკების ხანგრძლივი, უკონტროლო მიღებისას, ასევე — შაქრიანი დიაბეტის, სისტემური დისბაქტერიოზისა და ნებისმიერი იმ მდგომარეობის დროს, რომელიც იმუნიტეტის დაქვეითებას იწვევს.

გამონადენის გავრცელებული მიზეზია აგრეთვე ბაქტერიული ინფექციები — გარდნერელა, ქლამიდიოზი და გონორეა. ამ დროს ჩნდება მოყვითალო გამონადენი, რომელსაც ხშირად თევზის სუნი აქვს, შეიგრძნობა ქავილი, წვა. წყლისებრი, ქაფიანი, მომწვანო ფერის გამონადენი შესაძლოა იყოს ტრიქომონული ვაგინიტის (კოლპიტი) ნიშანი.

თუ შემაჩნვეთ რომელიმე ზემოხსენებულ სიმპტომს:

○ დაუყოვნებლივ მიმართეთ ექიმს, რათა დაისვას დიაგნოზი და დროულად დაიწყოს მკურნალობა. ასეთი დაავადებების უმრავლესობა დროულ და სწორ მკურნალობას ადვილად ემორჩილება. კვალიფიციური ექიმი-გინეკოლოგი ჩაგიტარებთ გამოკვლევებს ინფექციის დასადგენად და შესატყვისი მკურნალობის დასანიშნად. აუცილებელია საშოს ნაცხის ბაქტერიოსკოპიული და ბაქტერიოლოგიური გამოკვლევა,

რაც საშუალებას მოგვცემს, განვსაზღვროთ დაავადების გამომწვევი და პაციენტს შესაბამისად ვუმკურნალოთ.

○ მნიშვნელოვანია არა მარტო სწორი მკურნალობა, არამედ მისი ბოლომდე მიყვანაც. არ იქონიოთ სქესობრივი კონტაქტი, ვიდრე მკურნალობას არ დაასრულებთ და დაავადების ყველა ნიშანი არ გაქრება. წინააღმდეგ შემთხვევაში დაინფიცირდება თქვენი სქესობრივი პარტნიორი, მისგან კი შესაძლოა რამდენიმე ხნის შემდეგ ხელახლა დაინფიცირდეთ. თუ ვერ შეძლებთ სქესობრივი კონტაქტისთვის თავის არიდებას, გამოიყენეთ პრეზერვატივი.

○ დაეხმარეთ თქვენს სქესობრივ პარტნიორს მკურნალობაში, დაარწმუნეთ იგი ექიმთან მისვლისა და მკურნალობის აუცილებლობაში. თუ თქვენ იმკურნალეთ, პარტნიორმა კი — არა, შესაძლოა, მისგან ხელმეორედ დაინფიცირდეთ.

○ განმეორებით მიმართეთ ექიმს, რათა დარწმუნდეთ, რომ განიკურნეთ.

○ განსაკუთრებით საშიშია თვითმკურნალობა.

მკურნალობის დაგვიანებისა და არასწორად ჩატარების შემთხვევაში შესაძლოა ჯანმრთელობას სერიოზული ზიანი მიაღგეს. არანამკურნალევი ანთებითი დაავადებები ხელს უწყობს ისეთ გართულებათა ჩამოყალიბებას, როგორებიც არის მენჯის ღრუს ორგანოების ქრონიკული ანთება, საშვილოსნოს ყელის კიბო, სასქესო ორგანოების სხვა სიმსივნეები, უნაყოფობა, საშვილოსნოს გარე ორსულობა.

გახსოვდეთ!!!! სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციები- მისგან თავის დაზღვევის ერთადერთი საიმედო გზა უსაფრთხო სექსია. ერიდეთ შემთხვევით სქესობრივ კავშირებს, ასევე — ალკოჰოლს, ნარკოტიკებს. მათი მიღება აძულებს თვითკონტროლს და აადვილებს სეგდ-ის გაერცელებას.

3. გენიტალიების წყლული

გენიტალიებზე წყლული სხვადასხვა მიზეზით ჩნდება, მიზეზის ცოდნას კი გადამწყვეტი მნიშვნელობა აქვს მკურნალობის სწორად წარმართვისთვის.

ყველაზე ხშირად გავრცელებულია გენიტალიური ჰერპესი, სიფილისი და შანკროიდი. საბედნიეროდ, საქართველოში შანკროიდი არ გვხვდება, ის უმთავრესად ტროპიკული ქვეყნებისთვის არის დამახასიათებელი. აუცილებლად უნდა ითქვას, რომ გენიტალიებზე წყლულის გაჩენა შესაძლოა სრულებითად არ უკავშირდებოდეს ინფექციას და ტრავმული ან მექანიკური ხასიათისა იყოს, მაგალითად, კონტაქტური დერმატიტის გართულების შედეგად ეროზიისგან ჩამოყალიბდეს.

წყლული გენიტალიური ჰერპესის დროს

გენიტალიური ჰერპესი ძალიან გავრცელებული ინფექციაა. სამწუხაროდ, ინფიცირებულია მოსახლეობის ნახევარზე მეტი. შესაძლოა, გადაჭარბებულ მოგეჩვენოთ, მაგრამ ასეა. უნდა ითქვას, რომ აქედან აქტიური ფორმა მხოლოდ 5-10%-ს აღენიშნება, დანარჩენი ამ ინფექციის ფარული მატარებელია, მაგრამ ვირუსის მატარებელიც ინფექციის წყაროს წარმოადგენს. მეტიც — უმთავრესად სწორედ ის აურცელებს დაავადებას, რადგან როცა განვითარებულია ბუშტუკები, წყლულები, მათი მტკივნეულობის გამო ადამიანი სქესობრივი კონტაქტისგან თავს იკავებს. შესაბამისად, ინ-

ფექციას აერცელებს ის, ვინც არაფერს უჩივის და თავი ჯანმრთელი ჰგონია.

როდესაც ვირუსი გენიტალიების ლორწოვანს აზიანებს, თავდაპირველად ჩნდება კვანძი, შემდგომ კი მისგან ყალიბდება პატარა ბუშტუკები, რომლებიც სეროზული სითხით არის სავსე. შემდეგ ეს ბუშტუკი სკდება, წყლულდება, ამას მოსდევს ეპითელიზაცია და უკვალოდ გაქრობა.

მკურნალობის გარეშე შესაძლებელია პერპესული გამონაყარის გაქრობა. პერპესს ახასიათებს ეპიზოდური გამწვავება, რომელიც რამდენიმე დღეში თავისთავად გაივლის. მაგრამ გამონაყარის ალაგება არ ნიშნავს გამოჯანმრთელებას — დაავადება ფარულ ფორმაში გადადის. ანუ მკურნალობა აუცილებელია, თუმცადა, სამწუხაროდ, ვირუსის განადგურება ვერ ხერხდება. მკურნალობის მიზანია, გამწვავების ეპიზოდი რაც შეიძლება მოკლე ხანს გაგრძელდეს, რაც შეიძლება ნაკლებ მტკივნეული და შემაწუხებელი იყოს. დროული მკურნალობის შედეგად წყლული შესაძლოა საერთოდ არ გაჩნდეს, მაგრამ თუ ეს ვერ მოხერხდა, გამწვავებანებისმიერ შემთხვევაში ხანმოკლე და მსუბუქი იქნება.

პერპესის დროს ეფექტურია შინაგანად მისაღები პრეპარატები. ადგილობრივი ანტივირუსული საშუალებების გამოყენება არ არის ეფექტიანი, ვინაიდან ვირუსი ნერვულ განგლიებშია ჩაბუდებული და მათი საშუალებით მისი გაწოვა ვერ მოხდება. მაგრამ დაზიანებული არის დამუშავება აუცილებელია, რათა მეორეული ინფექციის თანდართვა თავიდან ავიცილოთ. ამისთვის საჭიროა ხშირი დაბანა, ანტისეპტიკური ხსნარებით (ფიზიოლოგიური ხსნარით, უფრო კასტელანით) დამუშავება და ისეთი საფენების დადება, რომლებიც წყლულის გაშრობას და სწრაფ ეპითელიზაციას (შეხორცებას) შეუწყობს ხელს (უფრო ვრცლად გენიტალური პერპესის შესახებ იხილეთ თავი 1.11).

წყლული და სიფილისი

წყლული სიფილისის პირველი სტადიისთვის არის დამახასიათებელი. დაავადების გამომწვევია ბაქტერია მკრთალი სპიროქეტა. ჰერპესის ვირუსისგან განსხვავებით, იგი მკურნალობას ექვემდებარება, მაგრამ მისგან განკურნების კრიტერიუმები არ არსებობს — იმის გამო, რომ სპიროქეტა ძალიან ლაბილურია (ნიადაგზე არ იზრდება, ანილინის საღებავებით არ იღებება და ასე შემდეგ), ლაბორატორიულად მისი დაფიქსირება ძნელია, მხოლოდ მის მიმართ გამომუშავებული ანტისხეულების აღმოჩენა შეგვიძლია. ანტისხეულები სიფილისის გადატანის შემდეგაც რჩება ორგანიზმში, მაგრამ ეს იმას არ ნიშნავს, რომ ადამიანი აუდაა. ძნელი დასადგენია, ზომ არ დარჩა სადმე ერთი ბაქტერია მაინც, ამიტომ ადამიანი, რომელმაც სიფილისი გადაიტანა, ყოველთვის ყურადღებით უნდა იყოს და თუ ოდესმე ექიმს მიმართა, აუცილებლად უთხრას, რომ სიფილისი აქვს გადატანილი, რათა პირველ რიგში ამ დაავადების რეციდუვი გამოირიცხოს. წყლული სიფილისის პირველი გამოვლინებაა და უმეტოვნეულოდ, ყოველგვარი გართულების გარეშე გაოვლის. საშიშია სიფილისის მოგვიანებითი სტადიები.

აღსანიშნავია, რომ წყლული წარმოიქმნება ბაქტერიის შეჭრის ადგილას. რასაკვირველია, ყველაზე ხშირად გენიტალიებზე ლოკალიზდება, მაგრამ შესაძლოა, სხეულის სხვა ნაწილზეც გაჩნდეს. გამომწვევის შეჭრიდან 2-6 კვირის შემდეგ შეჭრის ადგილას ჩნდება კვანძი, რომელიც ეროზირდება და წყლულად გარდაიქმნება. ამ უკანასკნელს არ ახასიათებს არც წვა, არც ქავილი და არც ტკივილი, რის გამოც პაციენტმა შესაძლოა ვერც კი შეამჩნიოს. ეს არის სიფილისის დამახასიათებელი პირველი სიმპტომი. ორ წლამდე სიფილისი კეთილთვისებიანად მიმდინარეობს და მისი განკურნება პრობლემას არ წარმოადგენს, მაგრამ თუ მკურნალობა არ ჩატარდა, განვითარდება სიფილისის მოგვიანებითი სინდრომი —

ნეიროსიფილისი, კარდიოვასკულარული სიფილისი და სხვა, რამაც შესაძლოა შეუქცევად პროცესებამდე მიგვიყვანოს და ლეტალურად დასრულდეს. ამიტომ ადამიანმა წყლულის აღმოჩენისთანავე უნდა მიმართოს ექიმს ინფექციური პათოლოგიის გამოსარიცხად.

სიფილისური წყლული თავისთავადაც ალაგდება, ის განსაკუთრებულ ადგილობრივ მკურნალობას არ საჭიროებს, მაგრამ აუცილებელია თვით სიფილისის მკურნალობა, რომელიც გამომწვევი ბაქტერიის განადგურებისკენ არის მიმართული (უფრო ვრცლად გენიტალიური სიფილისის შესახებ იხილეთ თავი 1.3).

როგორ ადგენენ გენიტალიური წყლულის წარმოშობას?

ტარდება ორი სახის გამოკვლევა: ნაცხის შემოწმება მკრთალ სპიროქეტაზე და სისხლისა — ანტისხეულებზე. სისხლში შეიძლება აღმოჩენილ იქნეს როგორც გენიტალიური ჰერპესისთვის, ისე სპიროქეტასთვის დამახასიათებელი ანტისხეულები. ეს საკმარის სპეციფიკური და სარწმუნო ტესტებია. წყლულების არსებობის შემთხვევაში აუცილებლად უნდა მოხდეს აივ/შიდსის გამორიცხვა, რადგან სიფილისით დაავადების დროს სხვა ინფექციებით, მათ შორის აივ-ით ინფიცირების რისკი ღიდია — წყლული ხომ ღია კარიბჭეა ყოველგვარი ინფექციისთვის.

არაინფექციური გენიტალიური წყლულები

თუ გამოკვლევამ ვერავითარი ინფექციური აგენტი ვერ გამოავლინა, მაშინ მიზეზი მექანიკური ტრავმა ყოფილა. ამ შემთხვევაში მკურნალობა ადგილობრივად, გასაშრობი საშუალებებით ტარდება. ადგილობრივი მკურნალობის პარალელურად უნდა მოხდეს მექანიკური გაღიზიანების შეზღუდვა სრულ ეპითელიზაციამდე და ნორმალური ჯანმრთელი ქსოვილის ჩამოყალიბებამდე.

4. წანაზარდები სასქესო ორგანოებზე სგგი-ს დროს

სგგი-ს დროს სასქესო ორგანოებზეც გვხვდება წანაზარდები. მათი დიაგნოსტიკა ძნელი არ არის — უმეტესად დათვალიერებაც საკმარისია, აი, მკურნალობა კი საკმაოდ რთულია და კომპლექსურ მიდგომას მოითხოვს.

კონდილომა

უპრიანი იქნება, წანაზარდებზე საუბარი კონდილომებით დავიწყოთ. კონდილომა ადამიანის კანისა და ლორწოვანი გარსების დერილისებრი წანაზარდია. ჩვეულებრივ, კონდილომები იმ ადგილებზე ჩნდება, რომლებიც მუდმივად განიცდის გაღიზიანებასა და ხახუნს. განასხვავებენ ბრტყელ კონდილომას, რომელიც ფართო საფუძველზე, ფეხზე ზის და ყველაზე ხშირად სიფილისის მეორე პერიოდის ან ფრამბეზიის (ტროპიკული სპიროქეტოზი) გამოვლინებაა, და მახვილწვერა კონდილომას, რომელიც ვირუსული (პაპილომა ვირუსული) წარმოშობისაა. მას ნაწილაკოვანი აგებულება აქვს და ვიწრო ფეხზე ზის. წესისამებრ, ჩნდება გაღიზიანებულ, გამონაყოფებით დაბინძურებულ გარეთა სასქესო ორგანოების კანზე, დუნდულ კუნთებისა და საზარდულის ნაკეცებში, საშარდე არხის გარეთა ხერელთან, სათესლე ჯირკვლების პარკზე, იშვიათად — ანუსის მიდამოში, ბოქვენზე, იღლიაში, პირის კუთხეში. გარეგნულად შესაძლოა ჰგავდეს მამლის ბიბილოს ან ყვავილოვან კომბოსტოს. ზედაპირი შესაძლოა დაუწყლულდეს.

მახვილწვერა კონდილომა ვრცელდება სქესობრივი გზით და ქრონიკულად მიმდინარეობს. თავისთავად თითქმის არასოდეს ქრება.

ღიაგნოსტიკებისას აუცილებელია სპეციალური გამოკვლევები გონორეისა და სიფილისის გამოსარიცხად. მკურნალობა უნდა ჩატარდეს სპეციალიზებულ დაწესებულებაში.

აუცილებელია ორივე სქესობრივი პარტნიორის მკურნალობა. ამჟამად არ არსებობს პრეპარატი, რომელსაც შეუძლია, ორგანიზმიდან განდევნოს ან გაანადგუროს სასქესო ორგანოთა პაპილომატირებული ინფექციის გამომწვევი, ამიტომ მკურნალობა შემოიფარგლება კონდილომების მოცილებით (საამისოდ შემუშავებულია სხვადასხვა მეთოდი: კრიოთერაპია — თხევადი აზოტით მოცილება, კონცენტრირებული მჟავების გამოყენება, ელექტროდანიტა და მაღალსიხშირიანი გამოსხივების წყაროთი მიღებული მაღალი ტემპერატურის საშუალებით, ლაზეროთერაპია) და იმუნიტეტის მაკორეგირებელი თერაპიით. საჭირო მეთოდი შეირჩევა ექიმისა და კლინიკის შესაძლებლობებისა და პროცედურის ღირებულების მიხედვით. საზოგადოდ, ექიმისთვის ძნელი არ არის, გაათავისუფლოს პაციენტი დაავადების ადგილობრივი გამოვლინებისგან, მაგრამ არ ძალუძს, სისხლში მოციკრკულირე ვირუსისგან თავის დაღწევაში დაეხმაროს. ვირუსმა ნებისმიერ წუთს შეიძლება ახალი კონდილომების გაჩენით შეგახსენოთ თავი. ეს რომ არ მოხდეს, უნდა ჩატარდეს რიგი ღონისძიება, უმთავრესად — იმუნომაკორეგირებელი თერაპიის კურსი, ამისთვის კი საჭიროა იმუნურ სტატუსზე სისხლის ანალიზის გაკეთება და იმუნოლოგის კონსულტაცია.

რბილი შანკრი

რბილი შანკრი ბაქტერიული ინფექციაა, რომელიც სქესობრივი გზით გადაედება. ეს დაავადება დღემდე იშვიათად

გეზდებოდა დასავლეთის განვითარებულ ქვეყნებში, თუმცა მსოფლიოში ის უფრო მეტად არის გავრცელებული, ვიდრე სიფილისი. აშშ-ის ჯანდაცვის მუშაკები რბილი შანკრისა და სხვა, ადრე შედარებით იშვიათი სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების (სგგდ) მატებას ხსნიან პროსტიტუციისა და ნარკომანიის ზრდით, სამედიცინო პერსონალისა და სგგდ-ის წინააღმდეგ მებრძოლი ფონდების შიღის წინააღმდეგ ბრძოლაზე გადართვით. განსაზღვრული როლი შესაძლოა შეასრულოს საერთაშორისო ტურიზმის გაფართოებამ და ქვეყნიდან ქვეყანაში სხვა ტიპის გადაადგილებებმაც.

ინფიცირების შემდეგ საინკუბაციო პერიოდი, ჩვეულებრივ, 4-7 დღე გრძელდება. ინფიცირების მთავარი ნიშანი სასქესო ორგანოებზე წყლულის გაჩენაა (სწორედ მას უწოდებენ რბილ შანკრს, სიფილისის დროს არსებული მაგარი შანკრისაგან განსხვავებით).

თავდაპირველად ჩნდება ერთგვარი კვანძისმაგვარი გამონაზარდი, რომელსაც ირგვლივ ანთებადი გვირგვინი არტყია. 1-2 დღის შემდეგ იგი ჩირქით ივსება, სკდება და მკვეთრად შემოფარგლულ უსწორმასწოროკიდებიან წყლულად გადაიქცევა. პაციენტთა დაახლოებით ნახევარს რამდენიმე ასეთი წყლული უვითარდება. მამაკაცებს რბილი შანკრი ყველაზე ხშირად სასქესო ასოს თავზე ან გვირგვინოვან ღარზე (მიდამო, რომელიც ასოს თავს სხეულისგან მიჯნავს) უჩნდებათ. ქალის სხეულზე წყლულები, ჩვეულებრივ, განლაგებულია საშოს შესასვლელთან ან მის მახლობლად (სასქესო ბაგეებზე, კლიტორზე, საშოში შესასვლელთან, საშოსა და სწორ ნაწლავს შორის მიდამოში), შედარებით იშვიათად — საშვილოსნოს ყელზე, კიდევ უფრო იშვიათად — სარძევე ჯირკვლებზე, თითებზე, ბარძაყზე და პირის ღრუში. რბილი შანკრის კიდევ ერთი მკვეთრად გამოხატული კლინიკური ნიშანია საზარდულის ლიმფური კვანძების შესიება სხეულის იმ მხარეს, სა-

დაც წყლულია განვითარებული. პაციენტების დაახლოებით ნახევარს ძლიერ შესიებული ლიმფური კვანძები, რომლებსაც ბუბონებსაც უწოდებენ, უსკდება და იქიდან სქელი ჩირქი სდის. თუ არ ჩავთვლით ზემოთ ჩამოთვლილ მოვლენებს, რბილი შანკრი ჯანმრთელობას დიდ ზიანს არ აყენებს და მძიმე გართულებებს არ იწვევს. რბილი შანკრის დიაგნოსტიკება დათვალიერებით მიღებული მონაცემების საფუძველზე ხდება.

მკურნალობა ტარდება ანტიბიოტიკებით. თუ მკურნალობის დაწყებიდან ერთი კვირის განმავლობაში შესამჩნევი გაუმჯობესება არ მოხდა, უნდა შემოწმდეს, სწორად არის თუ არა დასმული დიაგნოზი, ხომ არ აქვს პაციენტს სხვა სკდ-ც, მაგალითად, შიდსი, ან ინფექციის გამომწვევი შტამი მედეგობას ხომ არ იჩენს დანიშნული ანტიბიოტიკის მიმართ. ყველაზე, ვისაც კი სქესობრივი კონტაქტი ჰქონდა დაავადებულთან დაავადების დაწყებიდან ათი დღის განმავლობაში, უნდა გაიაროს გამოკვლევა და ჩაიტაროს მკურნალობა კლინიკური ნიშნების არარსებობის შემთხვევაშიც კი.

მაგარი შანკრი

მაგარი შანკრი უმტკივნეულო მკვრივი კვანძოვანი წითელი ან ვარდისფერი წარმონაქმნია. ის, ჩვეულებრივ, სიფილისის პირველ პერიოდში ჩნდება. შანკრის დიამეტრი 10-20 მილიმეტრია, მაგრამ სამედიცინო პრაქტიკაში გვხვდება როგორც პატარა ზომის, ჯუჯა, ასევე გიგანტური, 4-5-სანტიმეტრიანი წარმონაქმნები. მაგარი შანკრი (მას უწოდებენ აგრეთვე პირველად სკლეროზს, პირველად სიფილომას, პირველად ეროზიას) ჩნდება ორგანიზმში სიფილისის გამომწვევის — მკრთალი ტრეპონემის — შეჭრის ადგილას. ამის კვალობაზე, უმეტესად ლოკალიზებულია სასქესო ორგანოებზე (ჩვეულებრივ, სასქესო ასოს თავზე, იშვიათად — ასოს კანზე, დიდ და მცირე სასქე-

სო ბაგეებზე). გარდა ამისა, მაგარი შანკრი შეიძლება გაჩნდეს ტუჩის კუთხეში, პირის ღრუს ლორწოვან გარსზე, სარბევე ჯირკელის თავზე, ანუსის მიდამოში. ზოგჯერ მაგარი შანკრი ლოკალიზდება შიგნითა ლორწოვან გარსებზე: საშვილოსნოს ყელზე, საშოს კედლებზე, ურეთრაში და სხვა. ზოგიერთ შემთხვევაში სასქესო ასოს თავზე არსებული მაგარი შანკრი არა მარტო შეუმჩნეველია, არამედ მისი მოსინჯვაც შეუძლებელია. ასეთ დროს მაგარი შანკრი ეროზიის სახით გვხვდება, რომელიც დაფარულია მონაცრისფრო-ყვითელი ნადებით. ნადების ლაბორატორიული ანალიზით მასში დიდი რაოდენობით მკრთალი ტრეპონემის ნახვაა შესაძლებელი. პაციენტთა 10-20%-ში მაგარი შანკრი ღრმა წყლულის ფორმით გვხვდება. ამ დროს აუცილებელია მისი რბილი შანკრისგან დიფერენცირება. სიფილისის მკურნალობა კომპლექსურია და რაც უფრო ადრე მიმართავს პაციენტი სპეციალისტს, მხოლოდ — ექიმ-სპეციალისტს, მით უფრო შედეგიანი და ნაკლებხარჯიანი იქნება (უფრო ვრცლად სიფილისის შესახებ იხილეთ თავი 1.3).

5. აითხვები სგზი-ს შესახებ

ჩემს ნათესავს, რომელიც ხშირად სტუმრობს ჩვენს ოჯახს, აღმოაჩნდა სიფილისი. მაინტერესებს, შეიძლება თუ არა სიფილისის ჭურჭლით გადადება.

— თუორიულად ეს შესაძლებელია, მაგრამ პრაქტიკაში მსგავსი შემთხვევები არ გვხვდება. ასეთი რამ მხოლოდ ძლიერი ანტისანიტარიის ან ძალიან ახლო კონტაქტის დროს შეიძლება მოხდეს. მაგალითად, ლიტერატურაში აღწერილია შემთხვევა, როცა საქსოფონისტმა მასწავლებელმა დაასწავლა მოსწავლე, რომელიც მისი ინსტრუმენტით სარგებლობდა. რაც შეეხება სქესობრივ კონტაქტს სიფილისიან ავადმყოფთან, ბოლო მონაცემების მიხედვით, სამი ჯანმრთელი ადამიანიდან ერთი აუცილებლად დაავადდება, მეორე — გამართლების მიხედვით, ხოლო მესამე — გადარჩება. ეს იმით აიხსნება, რომ ორგანიზმში ინფექციის შეჭრისათვის საჭიროა ლორწოვანზე ან კანზე ნაფხაჭნის, ნახეთქის ან მიკროსკოპული ტრავმის არსებობა. ასეთი დეფექტები სქესობრივი აქტის დროს თითქმის ყოველთვის ჩნდება. დიდი მნიშვნელობა აქვს ორგანიზმის იმუნური სისტემის მდგომარეობასაც.

ახალგაზრდობაში რამდენჯერმე მქონდა გონორეა. ახლა 50 წლის ვარ და დამისვეს პროსტატის სიმსივნის დიაგნოზი. არის თუ არა ეს ორი დაავადება ერთმანეთს უკავშირდება?

— ეს ორი დაავადება ერთმანეთთან პირდაპირ კავშირში არ გახლავთ, მაგრამ ბოლომდე განუკურნებელი გონორეა ქრონიკულ პროსტატიტს (წინამდებარე ჯირკელის ანთებას),

იწვევს ხოლო პროსტატიტის ფონზე სიმსივნის განვითარების რისკი რამდენჯერმე მატულობს. ამიტომ პროსტატიტის ნებისმიერი დაავადება დროულად უნდა გამოვლინდეს და სათანადო მკურნალობაც დროულად ჩატარდეს. წინამდებარე ჯირკვლის სიმსივნე ადრეულ სტადიებზე იოლად იკურნება (მათ შორის, ოპერაციითაც).

შარშან დამემართა გონორეა. მკურნალობის შემდეგ ანალიზები ნორმალური მქონდა. მაგრამ ერთი წლის შემდგომ იგივე ნიშნები გამიჩნდა, რაც თავიდან მაწუხებდა. რატომ მოხდა ეს და რით ვიმკურნალო ახლა?

— ყველაზე მთავარია, არ დაიწყოთ თვითმკურნალობა და დროულად მიმართოთ ვენეროლოგს — არასრულად ნამკურნალები დაავადება შეიძლება გართულებების მიზეზი გახდეს.

ვარ 30 წლის მამაკაცი. ჩავიტარე ანალიზები და აღმომაჩნდა გარდნერულოზური ურეთრიტი. საჭიროა თუ არა მკურნალობა და კერძოდ, რა სახის?

— გარდნერულოზური ურეთრიტი (შარდსადენის ანთება) სქესობრივი გზით გავრცელებად დაავადებათა შორის ხშირად გვხვდება. ასეთ დროს შარდსადენიდან გარდნერელა (დაავადების გამომწვევი) გამოიყოფა. ეს პათოლოგია მამაკაცებში უმნიშვნელოდ გამოხატული კლინიკური ნიშნებით ვლინდება და თავისთავადი განკურნების ტენდენცია ახასიათებს. ჯანმრთელი მამაკაცის შარდსადენის ლორწოვანი გარსი მდგრადია ბევრი სუსტი ან პირობით პათოგენური მიკროორგანიზმის, მათ შორის გარდნერელების მიმართ. პათოლოგიური პროცესის განვითარება-გადრმავება ხდება, თუ მამაკაცს გადატანილი აქვს ურეთრის სხვა სახის ანთებები, რამაც დააზიანა ლორწოვანის დამცავი მექანიზმი. დაავადების განვითარებას ხელს უწყობს ინფექციის წყაროსთან ანუ ინფიცირე-

ბულ პარტნიორთან განმეორებითი და ხანგრძლივი კონტაქტი, რაც ურეთრის ლორწოვან გარსზე გამომწვევთა დიდი რაოდენობით მოხვედრას განაპირობებს. მკურნალობა გულისხმობს ანტიბაქტერიული, ანტიანთებითი და ვიტამინური პრეპარატების გამოყენებას. თერაპიული ეფექტის მისაღებად საჭიროა ორივე პარტნიორის მკურნალობა.

რა გზით ხდება კონდილომების განკურნება? შესაძლებელია თუ არა მათი მედიკამენტური მკურნალობა? რითი ხდება მათი მოშორება?

— თუ გულისხმობთ ადამიანის პაპილომავირუსს, მისი საწინააღმდეგო მედიკამენტები არ არსებობს. შესაძლებელია მოშორება ქირურგიული გზით, მოწვა ყინულით ან სხვა ქიმიური ნივთიერებით.

არის თუ არა შესაძლებელი სიფილისის დადგენა ნაცხის ანალიზით?

— პირველადი სიფილისის დროს შესაძლებელია ეროზიულ-წყლულოვანი ელემენტიდან (სიფილომიდან) აღებული ნაცხის ან რეგიონული ლიმფური კვანძიდან აღებული პუნქტატის მიკროსკოპიული დიაგნოსტიკა. მეორეული სიფილისის დროს კი სეროლოგიური დიაგნოსტიკა ხდება, ანუ საჭიროა სისხლის შრატის გამოკვლევა.

სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციები თუ უშლის ხელს დაორსულებას?

— სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციები: ტრიქომონი-აზი, ტოქსოპლაზმოზი, სიფილისი, ქლამიდია, გონორეა, ასევე პერპესი (თუ პირველად ორსულობის დროს მოხდა ინფიცირება) და ციტომეგალოვირუსები — ეს პათოლოგიური ბაქტერიები და ვირუსები შესაძლებელია გახდეს დაორსულების

ხელისშემშლელი მიზეზი, დაორსულების შემთხვევაში კი აზიანებენ ნაყოფის გარსს, რასაც მუცლის მოშლა მოჰყვება.

გამარჯობა. მაინტერესებს, სიფილისის დაინფიცირებიდან ანალიზი რამდენ ხანში კეთდება.

— სიფილისის ინკუბაციის პერიოდი ორი კვირიდან სამ თვემდე მერყეობს, ასე რომ, თუ საექსპო კაეშირი გქონდათ, მაშინ უფრო ადვილია იმ პირის შემოწმება, ვისთანაც იყო კონტაქტი.

ვენერული დაავადება ხომ აივ-ინფიცირების რისკს ერთიორად ზრდის. ეს ფრაზა რას ნიშნავს? თუ, ვთქვათ, გონორეა დამეძარტა, ეს იმას ხომ არ ნიშნავს, რომ აივ ინფექცია შექნება?

— გონორეით ინფიცირება არ ნიშნავს აივ-ინფიცირებას, მაგრამ ვენერული, ანუ სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების არსებობა ნიშნავს იმას, რომ კონკრეტულ ადამიანს შესაძლოა აივინფექციაც სჭირდეს და ამიტომ იზრდება ვენერული დაავადებების არსებობისას აივ-ინფიცირების საშიშროებაც.

მაინტერესებს, ნაცხის აღების შემთხვევაში თუ შეიძლება ექიმმა შეამჩნიოს შიდსის ნიშნები.

— შიდსის დიაგნოზი მხოლოდ სისხლის ანალიზით დგინდება. თუმცა შიდსს ახასიათებს გარკვეული სიმპტომები, რომლის შემჩნევისას შეიძლება ექიმმა ეჭვი მიიტანოს ამ დაავადებაზე. ასეთი ნიშნებია: მუქი წითელი ფერის ლაქები კანსა და ლორწოვან გარსებზე და აგრეთვე თეთრი ფერის ნადები პირის ღრუს ლორწოვანზე. ეს სიმპტომები ნაცხის აღებისას შესაძენეია.

6. სიხსლეები

გონორეა 2-ჯერ ზრდის შარდის ბუშტის კიბოს რისკს მამაკაცებში

აშშ-ის პარვარდის სკოლის მეცნიერებმა დაადგინეს, რომ გონორეა მამაკაცებში 2-ჯერ ზრდის შარდის ბუშტის ავთვისებიანი დაავადების რისკს. ამგვარი კავშირის შესახებ ადრეც ვარაუდობდნენ, თუმცა ამერიკელი მეცნიერების მიერ ჩატარებულმა ფართომასშტაბიანმა კვლევამ საბოლოოდ დაადასტურა ეს კავშირი.

კვლევის შედეგად გამოვლინდა შარდის ბუშტის კიბოს 286 შემთხვევა, ამასთან, ყველა ამ მამაკაცს ანამნეზში ჰქონდა გონორეა. გარდა ამისა, მწვეული მამაკაცები ასევე აღმოჩნდნენ რისკის ჯგუფში.

კიბოს კვლევის საერთაშორისო სააგენტოზე დაყრდნობით, გავრცელების მიხედვით, შარდის ბუშტის კიბო მე-9 ადგილზეა მთელ მსოფლიოში. მოწვეა მიიჩნევა ამ დაავადების განვითარების მთავარ მიზეზად მამაკაცთა 65 და ქალების 30%-ში.

გონორეა საკმაოდ ხშირი ინფექციაა, რომელიც ადგილობრივ ანთებას და ისეთ სიმპტომებს იწვევს, როგორიცაა შარდის ბუშტის არასრული დაცლის შეგრძნება. ანთებამ, დამოუკიდებლად, ან შესაბამის სიმპტომებთან ერთად, შესაძლოა მნიშვნელოვანი გავლენა იქონიოს კიბოს განვითარებაზე.

როგორც კიბოს კვლევის ბრიტანული საქველმოქმედო საზოგადოების წევრმა, პროფესორმა ჯონ ტომიმ განაცხადა, კვლევამ დაადასტურა მედიკოსებისთვის უკვე დიდი ხნის წინ

ცნობილი ფაქტი იმის შესახებ, რომ გონორეასა და შარდის ბუშტის კიბოს განვითარებას შორის კავშირი არსებობს.

კვლევის შემდგომ ეტაპს წარმოადგენს იმის გამოვლენა, იწვევს თუ არა გონორეა დამოუკიდებლად შარდის ბუშტის კიბოს თუ აქ არსებობს სხვა, ჯერჯერობით უცნობი ფაქტორებიც.

ფუტკრის შხამს შეუძლია გაანადგუროს შიდსის ვირუსი
ფუტკრის შხამის ტოქსინის — მელიტინის შემცველ ნაწილაკებს შეუძლიათ გაანადგურონ ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსი (აივ) ისე, რომ ამავდროულად არ დააზიანონ გარშემო მყოფი უჯრედები — ასეთ დასკვნას აკეთებენ მეცნიერები ვაშინგტონის უნივერსიტეტის სამედიცინო სკოლიდან. კვლევის შედეგები გამოქვეყნდა ჟურნალში Antiviral Therapy.

როგორც მეცნიერები აღნიშნავენ, ეს კვლევა წინ გადადგმული ნაბიჯია ისეთი ვაგინალური გელის შესაქმნელად, რომელიც დაგვიცავს აივ ინფექციის გავრცელებისაგან. თუკი კვლევის შედეგები დადასტურდება, შემდგომში შესაძლებელი გახდება ვირუსით დაინფიცირების საწინააღმდეგო ისეთი პროფილაქტიკური საშუალებების შემუშავება, რომლებსაც, იმავდროულად, ექნება შეზღუდული ეფექტი. კვლევის ავტორი ჯოშუა ჰუდი ასეთ კომენტარს აკეთებს: „ჩვენთვის ცნობილია, რომ მელიტინი ანადგურებს ზოგიერთ ვირუსს და ათვისებადანი სიმსივნის უჯრედებს. ეს ძალიან ძლიერი ტოქსინია და მას შეუძლია აივ-ის განადგურება და დაავადების გავრცელების შეჩერება. დიდი რაოდენობით თავისუფალ მელიტინს მნიშვნელოვანი ზიანის მიყენება შეუძლია ორგანიზმისათვის, თუმცა კონტროლით მისი გამოყენების შემთხვევაში მას შეუძლია გახდეს საიმედო ბარიერი მკვლე ბაქტერიებისა და აუდობის გამომწვევი სხვა მკვლე აგენტებისათვის“.

მეცნიერები ასევე მივიდნენ დასკვნამდე, რომ მელიტინის შემცველ ნაწილაკებს სიმსივნის საწინააღმდეგო თვისება აქვთ და შეუძლიათ კიბოს უჯრედების განადგურება.

ფუტკრის შხამის გამოყენებით კიბოს მკურნალობის იდეა ახალი არ არის. 2004 წელს ხორვატმა მეცნიერებმა ფუტკრის პროდუქტების, მათ შორის ფუტკრის შხამის გამოკვლევა ჩაატარეს, კიბოს წინააღმდეგ საბრძოლველად მათი გამოყენების თვალსაზრისით.

კვლევის დროს შემუშავებულ იქნა და გამოიცადა მეთოდთა, რომლის დახმარებითაც ნანონაწილაკები, რომლებიც შეიცავდნენ მელიტინს, არ დააზიანებდნენ ჯანმრთელ უჯრედებს. ნანონაწილაკების ზედაპირზე დამატებულ იქნა ე.წ. ბამპერები, რომლებიც ნორმალურ უჯრედებთან კონტაქტის დროს საშუალებას აძლევენ ნანონაწილაკებს, განერიდონ მათ ყოველგვარი ზიანის მიყენების გარეშე.

აივ-უჯრედები ზომით ბევრად უფრო მცირეა, ვიდრე ნანონაწილაკები. ნანონაწილაკებთან შეხვედრისას აივ-უჯრედები „გაძვრებიან“ ბამპერებს შორის და პირდაპირ კონტაქტში შედიან ფუტკრის შხამთან, რომელიც შლის ვირუსს. კერძოდ, ნანონაწილაკებზე არსებული მელიტინი ერწყმის ვირუსის გარსს, იწვევს მცირე ზომის ფორების მსგავსი კომპლექსების ფორმირებას, არღვევს გარსს და გამოათავისუფლებს მისგან ვირუსს.

მაშინ, როდესაც აივ-ინფექციის საწინააღმდეგო პრეპარატების უმეტესობა მიმართულია ვირუსის რეპლიკაციის უნარის წინააღმდეგ, ფუტკრის შხამი ებრძვის ვირუსისათვის სასიცოცხლოდ აუცილებელ ნაწილს. დღეისათვის არსებული პრეპარატების ნაკლია ის, რომ ისინი ხელს ვერ უშლიან ინფექციის გავრცელებას, მიუხედავად იმისა, რომ ებრძვიან ვირუსით დაინფიცირებული უჯრედების გამრავლებას. აივ-ის ზოგიერთმა შტამმა მოახერხა ამ პრეპარატების მიმართ წინააღმდეგობის გაწევის უნარის გამომუშავება.

ჩვენ ვუტკვეთ ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსის ფიზიკურ სტრუქტურას. თუორიულად, ვირუსს არ რჩება არანაი-

რი საშუალება, როგორმე შეეგუოს ტოქსინს“, — ამტკიცებენ კვლევის ავტორები.

შიდსის წინააღმდეგ აცრა რეალური ხდება

ინდოეთში წარმატებით დამთავრდა იმ ვაქცინის კლინიკური კვლევის პირველი ეტაპი, რომელიც ადამიანებს დაიცავს აივ-ინფექციისგან.

კლინიკური კვლევის ეს ეტაპი ძალიან მნიშვნელოვანია, რადგან წარმოდგენას იძლევა პრეპარატის უსაფრთხოებასა და მის შესაძლო გვერდით ეფექტებზე.

შიდსის საწინააღმდეგო ვაქცინაზე მთელი მსოფლიოს მეცნიერები გასული საუკუნის 90-იანი წლებიდან მუშაობენ, მაგრამ ჯერჯერობით წარმატებას ვერ მიაღწიეს. ვირუსი ძალზე ვერაგია და შეუძლია თავისი ცილოვანი გარსის ცვლილება, ასევე სხვა საშუალებების გამოყენება ადამიანის იმუნური სისტემის ზემოქმედების თავიდან ასაცილებლად.

უკანასკნელი წლების განმავლობაში შეიქმნა ვაქცინის დაახლოებით 30-მდე სხვადასხვა პროტოტიპი და ყველა მათგანი წარუმატებელი აღმოჩნდა ძირითადად იმიტომ, რომ მძიმე გვერდით მოვლენებს იწვევდა. ინდოელი მეცნიერების მიერ შემუშავებული ვაქცინა პირველია, რომელსაც არ აღენიშნა გვერდითი მოვლენები კლინიკური კვლევის პირველ ეტაპზე.

უნდა აღინიშნოს, რომ პრეპარატი tgAAC09 პროფილაქტიკური საშუალებაა აივ ინფექციის წინააღმდეგ და არა წამალი აივინფიცირებულთა და შიდსით დაავადებულთათვის. იგი არაინფიცირებულ ჯანმრთელ ადამიანებს აივ-ვირუსისაგან იცავს.

დღესდღეობით ინდოეთი არის ქვეყანა, სადაც აივინფიცირებულთა ყველაზე დიდი რაოდენობა ცხოვრობს: დაახლოებით 2,5-3 მლნ ადამიანი. ამიტომ ამ სფეროში კვლევების განხორციელება ინდოეთის ჯანდაცვის პრიორიტეტული ამოცანაა.

პაპილომავირუსს შეუძლია ფილტვის კიბოს პროვოცირება არამწვევლებში

ამ ცოტა ხნის წინათ ჩატარებულმა კვლევამ დაადგინა, რომ არამწვევლებში ფილტვის კიბოს განვითარების მიზეზი შემთხვევათა 6%-ში იყო ადამიანის პაპილომავირუსი. ადრე ჩატარებულმა კვლევებმა აჩვენა, რომ იგივე ვირუსი შეიძლება საშვილოსნოს ყელის კიბოს, ზემო სასუნთქი გზებისა და თავის ტვინის კიბოს განვითარების მიზეზიც კი გახდეს.

ამერიკის ფილტვის დაავადებების ასოციაცია ამტკიცებს, რომ ფილტვის კიბოს შემთხვევათა 90% დაკავშირებულია თამბაქოს მოხმარებასთან. რაც შეეხება არამწვევლებს, ამ კონტინგენტში კიბოს განვითარების მიზეზები არასათანადოდაა შესწავლილი. არამწვევლებში ფილტვის კიბოს 36 შემთხვევიდან 4-ში მეცნიერებმა აღმოაჩინეს, რომ უჯრედები ინფიცირებული იყო პაპილომავირუსის ორი შტამით. შემდგომმა კვლევებმა დაადგინეს, რომ კიბოს უჯრედების ღნმ შეიცავდა ფრაგმენტებს პაპილომავირუსის გენეტიკური მასალიდან. მეცნიერები ვარაუდობენ, რომ სწორედ ეს ვირუსი გახდა ონკოლოგიური დაავადების განვითარების მიზეზი.

ამასთან ერთად, ადამიანის პაპილომავირუსის შესახებ არსებული სტატისტიკური მონაცემები საკმაოდ შემაშფოთებელია. აღმოჩნდა, რომ მსოფლიოში მცხოვრები ქალების თითქმის ნახევარი ერთხელ მაინც იყო ინფიცირებული ამ ვირუსით. იგი „დასეირნობს“ იმ მოზარდებშიც კი, რომლებსაც არასდროს ჰქონიათ სქესობრივი კონტაქტი. ამრიგად, რისკის ჯგუფშია მოხვედრილი პლანეტის თითქმის ყველა აქტიური მცხოვრები.

Glaxo-ს ადამიანის პაპილომავირუსის ვაქცინა ქალებს ანალური კიბოს განვითარებისგან იცავს

კოსტა რიკაში ჩატარებული ქალების ფართომასშტაბიანი კვლევის შედეგების მიხედვით, Glaxo-ს ადამიანის პაპილომა-

ვირუსის ვაქცინა ქალებს ანალური კიბოს განვითარებისგან იცავს. საშვილოსნოს ყელის კიბოს საწინააღმდეგო ვაქცინამ (HPV) პროტექტორული უნარი გამოავლინა ანალური კიბოს მიმართ.

კვლევა ჯანდაცვის ნაციონალურმა ინსტიტუტმა ჩაატარა. გამოყენებული იყო GlaxoSmithKline-ის Cervarix ვაქცინა, რომელიც პროტექტორულ თვისებას ავლენს ადამიანის პაპილომავირუსის (HPV) მე-16 და მე-18 შტამების მიერ გამოწვეული ინფექციების მიმართ.

ვაქცინა პრევენციული მნიშვნელობისაა საშვილოსნოს ყელის კიბოსთვის, რომელიც ქალებში მეორე ყველაზე გავრცელებულ კიბოს წარმოადგენს მთელ მსოფლიოში. HPV-ის სხვადასხვა შტამი ასევე იწვევს ანალური, მამაკაცის სასქესო ორგანოს, თავისა და კისრის კიბოს განვითარებას.

კვლევისთვის მეცნიერებმა გააანალიზეს 18-25 წლის 4 210 ჯანმრთელი ქალის ანალური ქსოვილის ნიმუშები. მათ ნახევარს გაკეთებული ჰქონდა ვაქცინის სამი დოზა, ხოლო მეორე ნახევარს – პლაცებო. ოთხი წლის შემდეგ ქალებს ჩაუტარდათ ტესტირება ანალური და საშვილოსნოს ყელის HPV 16 და 18 ინფექციებზე.

აღმოჩნდა, რომ ვაქცინით მოხდა HPV-ით გამოწვეული ანალური კიბოს 62%-ის და საშვილოსნოს კიბოს 77%-ის პრევენცია.

ქალებში, რომლებსაც ადრე არ აღენიშნებოდათ HPV დაინფიცირება, ვაქცინის პრევენციული უნარი ანალური კიბოსთვის შეესაბამებოდა 84%-ს და საშვილოსნოს ყელის კიბოსი — 89%-ს.

დოქტორი ეიმ კრეიმერი ჟურნალ Lancet Oncology-ში გამოქვეყნებულ სტატიაში აღნიშნავს, რომ კვლევამ დაადასტურა ვაქცინის გამოსატყუი პროტექტორული უნარი ანალური ინფექციის მიმართ.

გენიტალიურმა პერპესმა პლანეტის მოსახლეობის 16% მოიცვა

მსოფლიოში 500 მლნ-ზე მეტი ადამიანია ამ ვირუსის მატარებელი. მკვლევართა მონაცემებით, „პერპეს კომპლექს“ მე-2 ტიპის ვირუსი აღენიშნება პლანეტის მოსახლეობის 16%-ს, 15-დან 49 წლის ასაკში.

ამ ვირუსის ყველაზე მეტი გავრცელება აღინიშნება აფრიკის ქვეყნებში, სადაც დაინფიცირებული ქალების რაოდენობა 70%-მდეა. ჯანმოს ექსპერტების განსაკუთრებულ წუხილს იწვევს დაავადების ლატენტური მიმდინარეობა და ის ფაქტი, რომ მრავალი ინფიცირებული არც ეჭვობს ამ დაავადების არსებობის შესახებ.

„ვირუსი ნევროლოგიური დაავადებების გამწვავებას, იმუნიტეტის დაქვეითებას იწვევს, ის მშობიარობის დროს ბავშვთა სიკვდილიანობის ერთ-ერთი მიზეზია“, — აცხადებს დოქტორი ჯორჯ შმიდი, რომელიც ჯანმოსში კურიერებს აივ/შიდსის გავრცელებასთან ბრძოლის პრობლემას. მისი აზრით, ამ ვირუსული ინფექციის შესახებ ცოდნის პროპაგანდა და დაავადების პროფილაქტიკისა და პრევენციის საერთაშორისო პროგრამის შემუშავება უნდა გახდეს ჯანმოს მუშაობის ერთ-ერთი პრიორიტეტული მიმართულება.

გენიტალიური პერპესის მკურნალობა უმჯობესია დიაგნოზის დადგენისთანავე დაიწყო

პრეპარატებს, რომლებიც გენიტალიური პერპესის რეციდივების თავიდან აცილებას ახდენენ, ჩვეულებრივ ნიშნავენ მხოლოდ ამ დაავადების რამდენიმე აფეთქების შემდეგ. თუმცა, ახალი კვლევის მონაცემების მიხედვით, თუ მკურნალობა დიაგნოზის დადგენისთანავე დაიწყო, უკეთ ხერხდება რეციდივების თავიდან აცილება.

კვლევაში, რომელიც ინდიანას უნივერსიტეტში (აშშ) ჩატარდა, 384 პაციენტი მონაწილეობდა, პირველად გამოუ-

ლენილი გენიტალიური პერპესით. ისინი 24 კვირის განმავლობაში იღებდნენ 1 ვალაციკლოვირს (ვალტრექსს) ერთხელ დღეში ან პლაცებოს. კვლევის დასრულების მომენტისათვის რეციდივი არ განუვითარდა ვალტრექსით ნამკურნალები პაციენტების 71%-ს და იმ პაციენტების 43%-ს, რომლებიც პლაცებოს იღებდნენ.

ყველა პაციენტმა კარგად გადაიტანა მკურნალობა; პლაცებოს ჯგუფსა და აქტიური მკურნალობის ჯგუფში ღარფისტრირდა გვერდითი ეფექტების დაახლოებით ერთნაირი რაოდენობა.

როგორც სამუშაოს ავტორები ამბობენ, დღემდე ექიმებს არ ჰქონდათ ინფორმაცია პირველად გამოვლენილი გენიტალიური პერპესის მქონე პაციენტების მკურნალობის შესახებ. ისინი გვირჩევენ, „გავითვალისწინოთ პროფილაქტიკური მკურნალობის შესაძლებლობა პაციენტებში პირველად გამოვლენილი გენიტალიური პერპესით. ეს განსაკუთრებით ეხება მოზარდებს, რომლებსაც ფსიქოლოგიურად უჭირთ დაავადების განხილვა, ასევე იმ პაციენტებს, რომლებსაც ჰყავთ არაინფიცირებული პარტნიორი“.