

ԳՈՆՈՒԵԱՅԻ ՎԱՐՄԱՆ ՈՒՂԵՑՈՒՅՑ

Ամփոփում

Նպատակ

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

Մեթոդաբանություն

Սույն Ուղեցույցը մշակվել է Մաշկավեներաբանների հայկական ասոցիացիայի անդամների կողմից: Տեղայնացման/ադատատոցիայի սկզբնաղբյուրներ են հանդիսացել Սեռավարահների դեմ պայքայի միջազգային միության եվրոպական կազմակերպության (IUSTI-Europe) կողմից ստեղծված “2012 European Guideline on the Diagnosis and Treatment of Gonorrhoea in Adults” ուղեցույցը: Օգտագործվել են նաև Cochrane library և UpToDate շտեմարանների արդի տվյալները: Տեղեկատվության որակը գնահատելիս և ցուցումների ուժը որոշելիս սկզբնաղբյուր հանդիսացող փաստաթղթում հիմք է ընդունվել Սեռավարահների դեմ պայքայի միջազգային միության եվրոպական կազմակերպության կողմից առաջարկվող համակարգը: Տեղայնացման/ադատատոցիայի աշխատանքները իրականացվել են ըստ ADAPTE մեթոդաբանության՝ միջմասնագիտական աշխատանքային խմբի անդամների առերես հանդիպումների և հեռահար շփումների միջոցով: Ուղեցույցի դրույթների վերաբերյալ ապահովվել է աշխատանքային խմբի բոլոր անդամների կոնսենսուս: Սույն Ուղեցույցը ենթակա է պարբերական թարմացումների և/կամ խմբագրման յուրաքանչյուր 5 տարին մեկ կամ ավելի հաճախակի՝ կախված տվյալ ոլորտում նոր գիտագործնական տեղեկատվության ի հայտ գալուց:

Բանալի բառեր

գոնոռեա, եվրոպական կլինիկական ուղեցույց, վարում, Neisseria, ախտորոշում, հակամիկրոբային ռեզիստենտականություն, հակամիկրոբային բուժում, կանխարգելում:

Պատասխանատու համակարգող

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

Աշխատանքային խմբի անդամներ

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

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

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

Շահերի բախման հայտարարագիր և ֆինանսավորման աղբյուրներ

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

Շնորհակալական խոսք

Պատասխանատու համակարգողը իր երախտագիտությունն է հայտնում աշխատանքային խմբի բոլոջ այն դամներին ինչպես նաև սույն ուղեցույցի մշակման աշխատանքներին իրենց աջակցությունը, խորհրդատվությունը և մասնագիտական գիտելիքները տրամադրած գործընկերներին, հատկապես՝ Երևանի Մ.Հերացու անվան պետական բժշկական համալսարանի հայոց լեզվի և տերմինաբանության ամբիոնի վարիչ դոդ. Հ.Սուքիասյանին, ՀՀ ԿԳՆ Երևանի պետական համալսարանի Ֆարմացիայի ինստիտուտի կենսաբժշկության ամբիոնի վարիչ, ՀՀ ԱՆ Առողջապահության ազգային ինստիտուտի «Ապացուցողական բժշկություն» դասընթացի ղեկավար, ՀՀ ԱՆ Հանրապետական գիտաբժշկական գրադարանի «Բժշկական սեղմագրերի հայկական հանդես»-ի գլխավոր խմբագիր, «Ապացուցողական բժշկության մասնագետների հայկական ասոցիացիա»-ի նախագահ՝ բ.գ.դ., պրոֆեսոր Ռուբեն Հովհաննեսյանին: Ինչպես նաև բոլոր այն կլինիկական օրդինատորներին և երիտասարդ մաշկավեներաբաններին, որոնք իրենց ակտիվ մասնակցությունն են ունեցել ուղեցույցների թարգմանչական աշխատանքների իրականացմանը:

Բովանդակություն

- Ներածություն
- Տեղեկատվության որոնման և գնահատման մեթոդաբանություն
- Ախտորոշումը
- Հիվանդների վարումը
- Ներդրման և աուդիտի վերաբրեյալ առաջարկները
- Գրականության ցանկ
- Հավելված 1.
- Հավելված 2.

Հապավումներ

- ԱՀԿ՝ Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպություն
- ՍՎ՝ Սեռավարակ

ՊՇՌ՝ Պոլիմերազային շղթայական ռեակցիա
ՊԲՎՓ՝ պատահական բաշխմամբ վերահսկվող փորձարկում
ՓԿՕԲՀ՝ Փոքր կոնքի օրգանների բորբոքային հիվանդություններ
SUS՝ Տղամարդու հետ սեռական հարաբերություն ունեցող տղամարդիկ
ՀՀ՝ Հայաստանի Հանրապետություն

Նախաբան

Գոնոռեան հանդիսանում է ամենատարածված սեռավարակներից մեկը, որը հիմնականում ախտահարում է միզուղիների լորձաթաղանթը: Չբարդացած գոնոկոկային վարակը դրսևորվում է տղամարդկան մոտ միզուկաբորբի, իսկ կանանց մոտ միզուկաբորբի և վզիկաբորբի ձևով: Ուղիղ աղիքային և ըմպանային վարակները հիմնականում անախտանիշ են: Գոնոկոկային վարակները կանանց շրջանում հաճախ ունեն անախտանիշ ընթացք, որը բերում է այնպիսի բարդությունների զարգացման, ինչպիսիք են փոքր կոնքի օրգանների բորբոքային հիվանդությունները (ՓԿՕԲՀ), արտաարգանդային հղիություն և անպտղություն: Տղամարդկանց շրջանում չբուժելու դեպքում կարող է զարգանալ օրխտէպիդիդիմիտ, միզուկի կպումներ, անպտղություն: Վերջին տասնամյակներում ամբողջ աշխարհում պարբերաբար արձանագրվում են կայուն շտամներով պայմանավորված գոնոռեայի դեպքեր, որոնց բուժելը խիստ դժվարացած է, իսկ հետևանքները սեռական և վերարտադրողական առողջության վրա ակնհայտ են:

Նշված ուղեցույցում ներկայացված են գոնոռեայի հիմնական կլինիկական նշանները, ախտորոշման և բուժման առանձնահատկությունները, զուգընկերների վարման սկզբունքները:

Գոնոռեայի հարուցիչ *Neisseria gonorrhoeae*-ն ախտահարում է սովորաբար գլանաձև էպիթելը՝ միզուկի, արգանդի վզիկի, ուղիղ աղիքի, ինչպես նաև ըմպանի և շաղկապենու լորձաթաղանթը: Բարդացած դեպքերում տղամարդկանց շրջանում ախտահարվում են նաև շագանակագեղձը, ամորձին ու մակամորձին, իսկ կանանց շրջանում արգանդի լորձաթաղանթը ու փոքր կոնքի օրգանները: Վարակը հազվադեպ կարող է տարածվել հեմատոգեն ճանապարհով՝

ախտահարելով մաշկն ու հոդերը: ԱՀԿ-ի տվյալներով աշխարհում տարեկան գրանցվում է գոնոռեայի ավելի քան 100 միլիոն դեպք: Գոնոռեան տղամարդկանց շրջանում 3 անգամ ավելի հաճախ է ախտորոշվում, քան կանանց շրջանում: Մեծ մասամբ արձանագրվում է 15-29 տարեկան երիտասարդների շրջանում:

Տեղեկատվության որոնման և գնահատման մեթոդաբանություն

Սույն Ուղեցույցը մշակվել է Մաշկավենեռաբանների հայկական ասոցիացիայի անդամների կողմից: Տեղայնացման/ադատատոցիայի սկզբնաղբյուրներ են հանդիսացել Սեռավարախների դեմ պայքայի միջազգային միության եվրոպական կազմակերպության (IUSTI-Europe) կողմից ստեղծված “2012 European Guideline on the Diagnosis and Treatment of Gonorrhoea in Adults” ուղեցույցը: Օգտագործվել են նաև Cochrane library և UpToDate շտեմարանների արդի տվյալները: Գրականական աղբյուրները ընտրվել են բանալի բառերի օգնությամբ իրականացված համակարգային որոնման հիման վրա: Փաստաթղթերի նկատմամբ կիրառվել են հետևյալ տեսակավորման ցուցանիշները՝ ուղեցույցերի ապացուցողական բնույթ (համակարգված ամփոփ տեսություն և ցանկացած խոհուրդի վերաբերյալ հստակ հղումների առկայություն), ազգային կամ համաշխարհային ամփոփումների կարգավիճակ, պատահական բաշխմամբ վերասիկավոլ փորձարկումներ (ՊԲՎՓ), անգլերեն լեզու: Տեղայնացման/ադատատոցիայի աշխատանքները իրականացվել են ըստ ADAPTE մեթոդաբանության՝ միջմասնագիտական աշխատանքային խմբի անդամների առերես հանդիպումների և հեռահար շփումների միջոցով: Ուղեցույցի դրույթների վերաբերյալ ապահովվել է աշխատանքային խմբի բոլոր անդամների կոնսենսուս:

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

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

Ախտորոշումը

Կլինիկական նշանները

Տղամարդկանց շրջանում

- թարախային արտադրուկ միզուկից, նրա բացվածքի կարմ րություն և այրոցի զգացում միզելիս,
- ուղիղ աղիքի ախտահարման դեպքում՝ հետանցքից թարախային արտադրուկ, հարհետանցքային ցավեր,
- մակամորձու և ամորձու սուր բորբոքում (բարդացած դեպքերում)՝ սովորաբար 40-ից ցածր տարիքի տղամարդկանց շրջանում,
- հնարավոր է անախտանիշ վարակ՝ միզուկային <10%, ուղիղ աղիքի՝ >85%, ըմպանային՝ >90%,
- հազվադեպ հանդիպող տարածուն վարակի դեպքում դիտվում է տենդ, մաշկի պետեխիալ և կամ թարախաբշտիկային ցան, ոչ սիմետրիկ հոդացավ, սեպտիկ հոդաբորբ (հատկապես ծնկան հոդերի), տենոսինովիտ: Չափազանց հազվադեպ է մենինգիտը կամ էնդոկարդիտը:

Կանանց շրջանում

- հեշտոցային փոփոխված (անբնական) արտադրուկ և արգանդի վզիկի բորբոքման ախտանշաններ՝ ներվզիկային լորձաթարախային արտադրուկ, հպումից արյունահոսում,
- ստորորովայնային սուր ցավ (բարդացած դեպքերում),
- հնարավոր է անախտանիշ վարակ՝ վզիկային >50%, ուղիղ աղիքի՝ >85%, ըմպանային՝ >90%,

- տարածուն վարակն առաջացնում է տենդ, մաշկի պետեխիալ և կամ թարախաբշտիկային ցան, ոչ սիմետրիկ հողացավ, սեպտիկ հողաբորբ (հատկապես ծնկան հողերի), տենոսինովիտ: Չափազանց հազվադեպ է մենինգիտը կամ էնդոկարդիտը:

Նորածինների շրջանում

- շաղկապենաբորբ (կոնյուկտիվիտ),
- հազվադեպ՝ թարախային վուլվուլագինիտ:

Բարդությունները

Գոնոկոկային վարակի հիմնական բարդություններն են ՓԿՕԲՀ-ն կանանց շրջանում և մակամորձիների ու ամորձիների ախտահարումը տղամարդկանց շրջանում: Երբեմն (1%-ից քիչ դեպքերում) դիտվում է բակտերեմիա (տարածուն վարակ), որն ուղեկցվում է մաշկի, հողերի ախտահարմամբ և տենդով [1,5,6] :

Հետազոտման ցուցումները (IV,C)

- թարախային կամ լորձային արտադրուկ միզուկից,
- միզուկի բացվածքի կարմրություն,
- այլ սեռավարակների կասկած կամ սեռական զուգընկերոջ մոտ որևէ սեռավարակի առկայություն,
- 40-ից ցածր տարիքի տղամարդու դեպքում ամորձու և կամ մակամորձու սուր բորբոքում,
- փոքր կոնքի օրգանների բորբոքային հիվանդություններ (ՓԿՕԲՀ),
- թարախային արտադրուկ հեշտոցից,
- լորձաթարախային վզիկաբորբ,
- հեշտոցային արտադրուկ՝ ՍՎ-ի վտանգի առկայությամբ (25-ից ցածր տարիք, նոր զուգընկեր),
- երիտասարդների շրջանում սեռավարակների դիտարկում,

- նոր կամ մի քանի զուգընկեր ունեցող անձանց դիտարկում,
- թարախային շաղկապենաբորբ նորածնի կամ մեծահասակի դեպքում:

Լաբորատոր հետազոտումը

• Ախտորոշումը հաստատվում է N. gonorrhoeae-ի հայտնաբերումով միզուկի, արգանդի վզիկի, ուղիղ աղիքի, ըմպանի կամ աչքի արտադրուկներում:

• **Միզուկի, արգանդի վզիկի և ուղիղ աղիքի արտադրուկներից վերցված քսուքների մանրադիտակային հետազոտության ընթացքում լեյկոցիտներում ներբջջային դիպլոկոկերի հայտնաբերում (Գրամի եղանակով կամ մեթիլեն կապույտով ներկում) (III,C) [1,2,7]:**

• Յուրաքանչյուր նմուշ հարկ է հետազոտել՝ նաև գոնոռեայի նկատմամբ ցանքս կատարելով սննդային միջավայրի վրա (մանրէաբանական մեթոդ): **Ցանքսը հնարավորություն է տալիս որոշելու նաև հակաբիոտիկների նկատմամբ գոնոկոկի զգայունությունը (III,B) [8]: Առավել ճշգրիտ պատասխաններ ստանալու համար հարկավոր է կատարել նաև ՊՇՌ հետազոտման հետ համադրում (III,C) [9,10]:**

• ՊՇՌ մեթոդն ավելի զգայուն է, քան մանրէաբանական հետազոտությունը, հատուկ պայմաններ անհրաժեշտ չեն հետազոտվող նյութը հավաքելու համար [11-19]: Ի դեպ, ՊՇՌ-ն հավասարաչափ զգայուն է (96%) թե՛ կլինիկորեն արտահայտված և թե՛ անախտանիշ գոնոռեայի դեպքում, ինչպես տղամարդկանց մեզի և քսուքի [17], այնպես էլ կանանցից վերցված հեշտոցային քսուքի հետազոտման ժամանակ [18]: **Կանանց մեզի հետազոտությունը այդ եղանակով ցածր զգայունություն ունի և չի կարող օգտագործվել գոնոռեայն ախտորոշելու համար (II,B) [11,14,15,19]:**

• ՊՇՌ հետազոտությունը զգայուն է նաև ուղիղ աղիքից և ըմպանից վերցված նյութը հետազոտելու դեպքում, ուստի կարող է օգտագործվել տվյալ մասերի ախտահարումներն ախտորոշելու համար [20-26]: Այս մեթոդի հիմնական բարդությունը պայմանավորված է ըմպանից վերցված քսուքի մեջ այլ ոչ

գոնոկոկային նեյսերիաների առկայությամբ և ուղիղաղիքային քսուքի մանրէային մեծ ծանրաբեռնվածությամբ:

- **Կանանց շրջանում ուղիղաղիքային և ըմպանային քսուքի հետազոտությունն անհրաժեշտ է կատարել, եթե հետազոտվողը նշում է հետանցքային և բերանային սեռական հարաբերություն մասին (IV,C) [4]:**

- SUS-ների շրջանում անհրաժեշտ է հետազոտել միզուկից, ուղիքից աղուց և ըմպանից վերցված քսուքները [3,27]:

Հիվանդների վարումը

Տեղեկացում և խորհրդատվություն

- **Հիվանդին խորհուրդ է տրվում սեռական ժուժկալություն գոնոռեայի բուժման ընթացքում, ինպես նաև ավարտելուց և գանգատներ չունենալուց հետո 7 օրվա ժամանակահատվածում (IV,C):**

- **Ցանկալի է տեղեկացնել վարակի փոխանցման ուղիների, հիվանդության և նրա բարդությունների մասին (IV,C):**

Բուժման ցուցումներ (IV,C)

- Քսուքում լեյկոցիտներում ներբջջային դիպլոկոկերի հայտնաբերում:

- Գոնոկոկի նկատմամբ ցանքսի դրական արդյունք:

- ՊՇՌ հետազոտման դրական արդյունք

- Կին, որի նորածնի մոտ հայտնաբերվել է գոնորբլենորեա

- Զուգընկերոջ դեպքում հաստատված գոնոկոկային վարակ:

Առաջարկվող բուժման տարբերակներ

Միզուկի, արգանդի վզիկի և ուղիղ աղիքի ախտահարման դեպքում կիրառել հետևյալ եղանակներից մեկը [28-32]՝

- **ցեֆտրիաքսոն 500մգ մ/մ ներարկում, միանվագ (IV,C) կամ**

- **ցեֆիքսիմ 400մգ, խմելու, միանվագ (IV,C):**

Նշում. գոնոռեայով հիվանդների շրջանում հաճախ հայտնաբերվում է զուգորդված քլամիդիային վարակ: Վերջինիս հետազոտումը ցանկալի է կատարել նախքան գոնոռեայի բուժումը և ըստ այդմ նշանակել համապատասխան բուժում (տե՛ս՝ «Քլամիդիոզի վարման ուղեցույցը»): Եթե հնարավոր չէ թեստավորել, ապա անհրաժեշտ է կիրառել համախտանիշային բուժում նաև քլամիդիոզի նկատմամբ (ազիթրոմիցին 2000մգ, միանվագ) գոնոռեայի բուժման հետ համատեղ (GPP) [29,30]:

Հղիություն, կրծքով կերակրում [33]

- **ցեֆտրիաքսոն 500մգ մ/մ ներարկում, միանվագ (I,A):**

Հղի և կրծքով կերակրող կանանց հակացուցված են ֆտորքինոլոնների ու տետրացիկլինների շարքին պատկանող հակաբիոտիկները:

Ընպանային գոնոռեա

- **ցեֆտրիաքսոն 500մգ մ/մ ներարկում, միանվագ (IV,C):**

Տարածուն գոնոկոկային վարակ [5,6,29,31,36,37]

- **ցեֆտրիաքսոն 1,0 մ/մ կամ ն/ե ներարկում, օրը 1 անգամ (IV,C):** Բուժումը պետք է շարունակվի 7 օր, սակայն դեղամիջոցը կարելի է փոխել ախտանշանների վերացումից 24-48 ժամ անց՝ կիրառելով՝
- ցեֆիքսիմ 400մգ, խմելու, օրը 2 անգամ:

Պենիցիլինային խմբի հակաբիոտիկների նկատմամբ ալերգիա ունեցող անձանց բուժումը

Երրորդ սերնդի ցեֆալոսպորիններից հազվադեպ են դիտվում գերզգայունության ռեակցիաներ [34,35]: Սակայն եթե հիվանդի մոտ չի բացառվել ալերգիան ցեֆալոսպորինների նկատմամբ, ապա նա ներարկումից հետո առնվազն 30 րոպե պետք է լինի բժիշկի հսկողության տակ: Ցեֆալոսպորինային և պենիցիլինային խմբի հակաբիոտիկների նկատմամբ ալերգիա ունեցող անձանց բուժումն առաջարկվում է կատարել հետևյալ կերպ՝

- որոշել գոնոկոկի զգայունությունը ցեֆալոսպորինների նկատմամբ,
- զգայունության դեպքում նշանակել՝
- **ցիպրոֆլոկսացին 500մգ, խմելու, միանվագ (I,B) կամ**
- **օֆլոքսացին 400մգ, խմելու, միանվագ (I,B):**

Նորածինների գոնորլենոռեայի բուժումը

- **Ցեֆտրիաքսոն 25-50մգ/կգ ն/ե կամ մ/մ ներարկում, միանվագ՝
չգերազանցելով 125մգ (IV,C):**

Բուժումը զուգորդել հականեխիչ միջոցների տեղային կիրառմամբ:

Նշում. կանխարգելման համար բոլոր նորածինների աչքերին կաթեցնել 1-2 կաթիլ 30%-անոց նատրիումի սուլֆացիլի (ալբուցիդ) լուծույթ, արծաթի նիտրատի 0,25%-անոց լուծույթ (նույն լուծույթով մշակել նաև աղջիկների հեշտոցամուտքը): Վերընթաց գոնոկոկային վարակի առաջարկվող բուժումը Ամորձու և մակամորձու գոնոկոկային սուր բորբոքման դեպքում՝

- ցեֆտրիաքսոն 500մգ մ/մ ներարկում, միանվագ, միաժամանակ դոքսիցիլին 100մգ, խմելու, օրը 2 անգամ, 10-14 օր: Փոքր կոնքի օրգանների գոնոկոկային ախտահարման դեպքում՝
- **ցեֆտրիաքսոն 500մգ մ/մ ներարկում, միանվագ, միաժամանակ դոքսիցիլին 100մգ, խմելու, օրը 2 անգամ, 10-14 օր (IV,C):**

Մեծահասակների գոնոկոկային շաղկապենաբորբի առաջարկվող բուժում՝

- **ցեֆտրիաքսոն 500մգ մ/մ ներարկում, օրը 1 անգամ, 3 օր (IV,C) [29]:**

Զուգընկերների վարումը

Գոնոռեայով հիվանդի բոլոր սեռական զուգընկերները (վերջին 2 ամսում) պետք է հետազոտվեն գոնոռեայի և քլամիդիոզի նկատմամբ, ստանան խորհիդատվություն և վերոնշյալ բուժման եղանակներից որևէ մեկը (IV,C) [29-32]:

Հսկողությունը և բուժման չափանիշները

Քուժումից հետո առնվազն մեկ խորհրդատվություն է անհրաժեշտ հաստատելու (IV,C)՝

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

Ոչ լրիվ բուժման կասկածի դեպքում պետք է կատարել մանրէաբանական հետազոտություն բուժումն ավարտելուց 3-7 օրվա ընթացքում: Կարելի է հսկողությունը լրացնել ՊՇՌ հետազոտությամբ:

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

Ներդրման հնարավորություններ և աուդիտի վերաբերյալ առաջարկները

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

Հետևյալ ցուցանիշները կարելի է հաշվել ուղեցույցի կիրառումը գնահատելու համար՝

- 100% գոնոռեայիվ հիվանդները բուժվել են համապատասխան հակաբակտերիալ ռեժիմով
- 100% հիվանդներին խորհուրդ է տրվել խուսափել սեռական հարաբերություններից բուժման ավարտից 7 օրվա ընթացքում

Գրականության ցանկ

1. Hook EW III, Handsfield HH. Gonococcal infections in the adult. In Holmes KK, Sparling PF, *et al* (eds.), *Sexually Transmitted Diseases* 4th ed. New York, NY.

McGraw Hill 2008; 627-45.

2. Sherrard J, Barlow D. Gonorrhoea in men: clinical and diagnostic aspects. *Genitourin Med* 1996;72:422-6.
3. Kent CK, Chaw JK, Wong W, Liska S, Gibson S, Hubbard G, Klausner JD. Prevalence of rectal, urethral and pharyngeal chlamydia and gonorrhoea detected in 2 clinical settings among men who have sex with men: San Francisco, California 2003. *Clin Infect Dis* 2005;41:67-74.
4. Peters RPH, Nijsten N, Mutsaers J, Jansen CL, Morre SA, van Leeuwen AP. Screening of oropharynx and anorectum increases prevalence of *Chlamydia trachomatis* and *Neisseria gonorrhoeae* infection in female STD clinic visitors. *Sex Transm Dis* 2011;38:783-7.
5. Bleich AT, Sheffield JS, Wendel GD Jr, Sigman A, Cunningham FG. Disseminated gonococcal infection in women. *Obstet Gynecol* 2012;119:597-602.
6. O'Brien JP, Goldenberg DL, Rice PA. Disseminated gonococcal infection: a prospective analysis of 49 patients and a review of pathophysiology and immune mechanisms. *Medicine* 1983;62:395-406.
7. Taylor SN, DiCarlo RP, Martin DH. Comparison of methylene blue/gentian violet stain to Gram's stain for the rapid diagnosis of gonococcal urethritis in men. *Sex Trans Dis* 2011;38:995-6.
8. Jephcott AE. Microbiological diagnosis of gonorrhoea. *Genitourin Med* 1997;73:245-52.
9. Unemo M, Golparian D, Hestner A. Ceftriaxone treatment failure of pharyngeal gonorrhoea verified by international recommendations, Sweden, July 2010. *Euro Surveill* 2011;16(6):p11=19792.
10. Whiley DM, Goire N, Lahra MM, Donovan B, Limnios AE, Nissen MD, Sloots TP. The ticking time bomb: escalating antibiotic resistance in *Neisseria gonorrhoeae* is a public health disaster in waiting. *J Antimicrob Chemother* 2012;67:2059-61.
11. Cook RL, Hutchison SL, Østergaard L, Braithwaite RS, Ness RB. Systematic Review: Non invasive testing for *Chlamydia trachomatis* and *Neisseria*

- gonorrhoeae*. *Ann Intern Med* 2005;142:914-25.
12. Whiley DM, Garland SM, Harnett G, Lum G, Smith DW, Tabrizi SN, *et al*. Exploring 'best practice' for nucleic acid detection of *Neisseria gonorrhoeae*. *Sexual Health* 2008;5:17-23.
 13. Harryman L, Scofield S, Macleod J, Carrington D, Williams OM, Fernandes A, Horner P. Comparative performance of culture using swabs transported in Amies medium and the Aptima Combo 2 nucleic acid amplification test in detection of *Neisseria gonorrhoeae* from genital and extra-genital sites: a retrospective study. *Sex Transm Infect* 2012;88:127-31.
 14. Van Dyck E, Ieven M, Pattyn S, Van Damme L, Laga M. Detection of *Chlamydia trachomatis* and *Neisseria gonorrhoeae* by enzyme immunoassay, culture and three nucleic acid amplification tests. *J Clin Microbiol* 2001;39:1751-6.
 15. Van der Pol B, Ferrero DV, Buck-Barrington L, Hook EW 3rd, Lenderman C, Quinn TC, *et al*. Multicenter evaluation of the BDProbeTec ET system for detection of *Chlamydia trachomatis* and *Neisseria gonorrhoeae* in urine specimens, female endocervical and male urethral swabs. *J Clin Microbiol* 2001;39:1008-16.
 16. Moncada J, Schachter J, Hook EW 3rd, Ferrero D, Gaydos C, Quinn T, *et al*. The effect of urine testing in evaluations of the sensitivity of the Gen-Probe APTIMA Combo 2 Assay on endocervical swabs for *Chlamydia trachomatis* and *Neisseria gonorrhoeae*. *Sex Trans Dis* 2004;31:273-7.
 17. Chernesky MA, Martin DH, Hook EW, Willis D, Jordan J, Wang S, *et al*. Ability of new APTIMA CT and APTIMA GC Assays to detect *Chlamydia trachomatis* and *Neisseria gonorrhoeae* in male urine and urethral swabs. *J Clin Microbiol* 2005;43:127-31.
 18. Schachter J, Chernesky MA, Willis DE, Fine PM, Martin DH, Fuller D, *et al*. Vaginal swabs are the specimens of choice when screening for *Chlamydia trachomatis* and *Neisseria gonorrhoeae*: results from a multicenter evaluation of the APTIMA assays for both infections. *Sex Trans Dis* 2005;32:725-8.
 19. Ison C. GC NAATs: is the time right? *Sex Transm Infect* 2006;82:515.

20. Page-Shafer K, Graves A, Kent C, Bals JE, Zapitz VM, Klausner JD. Increased sensitivity of DNA amplification testing for the detection of pharyngeal gonorrhoea in men who have sex with men. *Clin Infect Dis* 2002;34:173-6.
21. McNally LP, Templeton DJ, Jin F, Grulich AE, Donovan B, Whitley DM, *et al.* Low positive predictive value of a nucleic acid amplification test for nongenital *Neisseria gonorrhoeae* infection in homosexual men. *Clin Infect Dis* 2008;47:e25-7.
22. Schachter J, Moncada J, Liska S, Shayevich C, Klausner JD. Nucleic acid amplification tests in the diagnosis of chlamydial and gonococcal infections in the oropharynx and rectum in men who have sex with men. *Sex Trans Dis* 2008;35:637-42.
23. Ota KV, Tamari IE, Smieja M, Jamieson F, Jones KE, Towns L, *et al.* Detection of *Neisseria gonorrhoeae* and *Chlamydia trachomatis* in pharyngeal and rectal specimens using the BD Probetec ET system, the Gen-Probe Aptima Combo 2 assay and culture. *Sex Trans Infect* 2009;85:182-6.
24. Alexander S. The challenges of detecting gonorrhoea and chlamydia in rectal and pharyngeal sites: could we, should we, be doing more? *Sex Trans Infect* 2009;85: 159-60.
25. Bachmann LH, Johnson RE, Cheng H, Markowitz L, Papp JR, Palella FJ Jr, Hook EW 3rd. Nucleic acid amplification tests for diagnosis of *Neisseria gonorrhoeae* and *Chlamydia trachomatis* rectal infections. *J Clin Microbiol* 2010;48:1827-32.
26. Mimiaga MJ, Helms DJ, Reisner SL, Grasso C, Bertrand T, Mosure DJ, *et al.* Gonococcal, chlamydia, and syphilis infection positivity among MSM attending a large primary care clinic, Boston, 2003 to 2004. *Sex Transm Dis* 2009;36:507-11.
27. Jin F, Prestage GP, Mao L, Kippax SC, Pell CM, Donovan B, *et al.* Incidence and risk factors for urethral and anal gonorrhoea and chlamydia in a cohort of HIV-negative homosexual men: the Health in Men study. *Sex Trans Infect* 2007;83:113-9.
28. Moran JS, Levine WC. Drugs of choice in the treatment of uncomplicated

- gonococcal infection. *Clin Infect Dis* 1995;20(Suppl 1):S47-65.
29. Bignell C, Fitzgerald M, BASHH Guideline Development Group. UK national guideline for the management of gonorrhoea in adults, 2011. *Int J STD AIDS* 2011;22:541-7.
 30. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2010. *MMWR* 2010;59(No. RR-12):49-55.
 31. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Update to CDC's Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2010: oral cephalosporins no longer a recommended treatment for gonococcal infections. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2012;61:590-4.
 32. Newman LM, Moran JS, Workowski KA. Update on the management of gonorrhoea in adults in the United States. *Clin Infect Dis* 2007;44:S84-101.
 33. Ramus RM, Sheffield JS, Mayfield JA, Wendel GD. A randomised trial that compared oral cefixime and intramuscular ceftriaxone for the treatment of gonorrhoea in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 2001;185:629-32.
 34. Pichichero ME, Casey JR. Safe use of selected cephalosporins in penicillin-allergic patients: A meta-analysis. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2007;136:340-7.
 35. Yates AB. Management of patients with a history of allergy to beta-lactam antibiotics. *Am J Med* 2008;121:572-6.
 36. Wise CM, Morris CR, Wasilauskas BL, Salzer WL. Gonococcal arthritis in an era of increasing penicillin resistance. Presentations and outcomes in 41 recent cases (1985-1991). *Arch Intern Med* 1994;154:2690-5.
 37. Thompson SE. Treatment of disseminated gonococcal infections. *Sex Transm Dis* 1979;6(Suppl 1):181-4.

Ապացուցողականության մակարդակները

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

Ապացույցների մակարդակը

A (Ia, Ib մակարդակի ապացույցներ)

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

B (IIa, IIb, III մակարդակի ապացույցներ)

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

C (IV մակարդակի ապացույցներ)

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

հանձրարարականին ուղղակիորեն առընչվող որակյալ հետազոտությունների բացակայությունը:

Աշխատանքային խմբի անդամների հայտարարագրեր

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

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

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