

## სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციების მართვა

### ზოგადი მიმოხილვა

1. ზოგადსაექიმო პრაქტიკაში წარმატებით შეიძლება განხორციელდეს სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციების მართვა. ამის უზრუნველყოფა საკმაოდ მნიშვნელოვანია, ვინაიდან სგგი-ის პრევენციისა და მათი ადეკვატური მკურნალობის ფონზე შესაძლებელია პაციენტის ჯანმრთელობის დაცვა და ისეთი არასასურველი გართულებების თავიდან აცილება, როგორც მაგ. არანამკურნალევ ქლამიდიურ ინფექციას შეიძლება ჰქონდეს;
2. სამწუხაროდ, პაციენტს, რომლის სანიტარიული განათლების დონე მაინცა და მაინც სახარბიელო არ არის, უხერხულად მიაჩნია საშოდან გამონადენის შემთხვევაში ექიმს მიმართოს. იგი ამას მხოლოდ მაშინ აკეთებს, როდესაც სიმპტომები იმდენად შემაწუხებელი ხდება, რომ სერიოზულ ზეგავლენას ახდენს მისი ცხოვრების ხარისხზე. ზოგადსაექიმო პრაქტიკის ექთნებს, მიუხედავად იმისა, რომ დღეს ისინი არ არიან პასუხისმგებელი სგგი-ის დიაგნოსტიკისა და მართვაზე, მნიშვნელოვანი როლი შეუძლიათ შეასრულონ ამ დაავადებების პრევენციაში. ექთანს პაციენტთან სიახლოვე და ხშირი კონტაქტი საშუალებას აძლევს ჩაატაროს ოპორტუნისტული კონსულტირება სგგი-ს პრევენციის, ადრეული დიაგნოსტიკისა და ადეკვატური მკურნალობის მნიშვნელობის საკითხებზე. ასეთი საუბარი პაციენტს საშუალებას მისცემს გამოხატოს თავისი პრობლემები. ამ შემთხვევაში ექთანი მზად უნდა იყოს უფრო კონკრეტული და დეტალური ანამნეზის შეკრებისა და შემდგომი სამოქმედო გეგმის შემუშავებისათვის (იქნება ეს მიმართვა ოჯახის ექიმთან (რაც, იდეალურ შემთხვევაში აუცილებლად უნდა განხორციელდეს), თუ მიმართვა საჭირო ლაბ. ბაქტერიოლოგიური გამოკვლევების ჩასატარებლად;

### სწავლების მიზანი: ამოცანები და მოსალოდნელი შედეგები:

#### ამოცანები:

1. სგგი-ის თაობაზე მსმენელების თეორიული ცოდნის გაღრმავება;
2. მსმენელების კონსულტირების ჩვევებს განვითარება, რათა მათ შეეძლოთ სგგი-ის თაობაზე პაციენტის პრობლემების, მოლოდინისა და შეხედულებების გამოვლენა;
3. მსმენელებმა კარგად უნდა გააცნობიერონ სგგი-ის პრევენციული ღონისძიებების მნიშვნელობა და დანერგონ ისინი თავიანთ პრაქტიკულ საქმიანობაში.

#### მოსალოდნელი შედეგები:

1. მსმენელების ცოდნა აღნიშნული საკითხის თაობაზე გაღრმავდება - შეიძლება შეფასდეს დავალებზე მუშაობის საშუალებით;
2. მსმენელების ჩვევების გაუმჯობესება – კონკრეტულად, ანამნეზის შეკრება და ამის საფუძველზე მაღალი რისკის პირთა იდენტიფიკაცია, სგგი-სათვის დამახასიათებელი სიმპტომებისა და ნიშნების გამოვლენა; სქესობრივად აქტიური ყველა პაციენტის ოპორტუნისტული კონსულტირება სგგი-ის თაობაზე მსმენელების რუტინული პრაქტიკული საქმიანობის ნაწილი გახდება;

## სქესობრივი განვითარება

პუბერტატული პერიოდის დაწყება დაკავშირებულია სასქესო ჯირკვლებზე - სათესლე ჯირკვლებსა და საკვერცხეებზე - გონადოტროპინის ზემოქმედებასთან. გონადოტროპული ჰორმონები (მალუთეინიზირებული და ფოლიკულმასტიმულირებელი) გამომუშავდება ჰიპოფიზში, მასზე გონადოტროპინ-რილიზინგ-ჰორმონის მოქმედების საპასუხოდ. ეს უკანასკნელი ჰიპოთალამუსში გამომუშავდება. გონადოტროპული ჰორმონების მოქმედებით ბიჭების სათესლე ჯირკვლებში გამომუშავდება ტესტოსტერონი. პუბერტატული პერიოდის დაწყებამდე იგი უმნიშვნელო რაოდენობით გამომუშავდება, როგორც ბიჭებში, ისე გოგონებში. 13-15 წლის ასაკში მისი გამომუშავება მნიშვნელოვნად მატულობს და ეს იწვევს კერძოდ, გოგონებში, ბოქვენის გათმიანებას. ბიჭებში კი სწორად ტესტოსტერონი და დიჰიდროეპანდროსტერონი არიან ის ძირითადი სასქესო ჰორმონები, რომლებიც განაპირობებენ ბიჭებში რეპროდუქციული სისტემის განვითარებას (მეორადი სასქესო ნიშნების განვითარება და რეპროდუქციის ფუნქცია). გოგონებში ძირითადი სასქესო ჰორმონია 17-ესტრადიოლი. იგი განაპირობებს ქალის სასქესო სისტემის სრულყოფილ განვითარებას.

სასქესო ნიშნების განვითარებაში მონაწილეობს აგრეთვე თირკმელზედა ჯირკვლის ქერქი, რომლის ჰორმონები ანდროგენების მსგავს როლს ასრულებენ მეორადი სასქესო ნიშნების განვითარებაში.

სასქესო სიმწიფის განსაზღვრა ხდება მეორადი სასქესო ნიშნებისა და სასქესო ორგანოების მიხედვით. სქესობრივი განვითარების ფორმულა საკმაოდ მარტივია და მყარია მთელი პუბერტატული პერიოდის მანძილზე. იგი შეესაბამება ბიჭების კალენდარულ ასაკს 12-16 წწ და გოგონების 10-15 წწ. ამ ფორმულის გამოყენება ძალზე აადვილებს მუშაობას და მოზარდების ზრდა-განვითარების ხარისხის შეფასებას. იგი ემყარება მეორადი სასქესო ნიშნების შეფასებას.

პირველი სექსუალური გამოცდილების ასაკი უკანასკნელი ოთხი დეკადის განმავლობაში გოგონებისათვის 16-დან 14 წლამდე, ხოლო ბიჭებისათვის 15-დან 13 წლამდე შემცირდა (სექსუალური გამოცდილება გულისხმობს სქესობრივი ურთიერთობის ნებისმიერ გამოვლინებას (კოცნა, მოფერება და ა.შ.) და არა, აუცილებლად, სქესობრივ აქტს. ამავე პერიოდში პირველი სქესობრივი აქტის ასაკი ბიჭებში 19-დან 17-მდე, ხოლო გოგონებში 20-დან 17-მდე შემცირდა. 16-24 წლის ასაკობრივი ჯგუფის პირთა შორის ქალების 2,7% და მამაკაცების 9,3% აღნიშნავს, რომ პირველი სქესობრივი კონტაქტი 15 წლამდე ჰქონდა. ქალების 33,8% და მამაკაცების 55,8% მიუთითებს, რომ 15 წლის ასაკამდე ჰქონდათ გარკვეული სექსუალური ურთიერთობის გამოცდილება. ამავე ჯგუფის გამოკითხული ქალების 18,7%, ხოლო მამაკაცების 27,6% აღნიშნავდა, რომ სქესობრივი კონტაქტი ჰქონდა 16 წლის ასაკში. აღსანიშნავია ის გარემოებაც, რომ უკანასკნელ ათწლეულში შემცირდა პირველი სქესობრივი კონტაქტისას კონტრაცეფციის გამოყენება. ახალგაზრდა ქალებისა და მამაკაცების ნახევარი, ვისაც სქესობრივი კონტაქტი 16 წლის ასაკამდე ჰქონდა მიუთითებს, რომ ამ დროს არც მას და არც მის პარტნიორს არ გამოუყენებია რაიმე კონტრაცეფციული საშუალება.

აშშ-ში ჩატარებული კვლევებით გამოვლინდა, რომ უკანასკნელ დეკადაში აღინიშნა მოზარდთა სექსუალური გამოცდილების ზრდის ტენდენცია. ამის შედეგად დრამატულად გაიზარდა თინეიჯერების ორსულობის მაჩვენებელი. იგივე სიტუაციაა გაერთიანებულ სამეფოშიც. უფრო ადრეული კვლევების მონაცემებით მოხდა იმის დემონსტრირება, რომ სქესობრივად აქტიური თინეიჯერების დიდი ნაწილი არ იყენებს კონტრაცეფციას სქესობრივი აქტივობის დაწყებიდან პირველი წლის განმავლობაში. შეკითხვაზე, თუ რამ განაპირობა არასასურველი ორსულობის აღმოცენება, მოზარდების 50% პასუხობდა, რომ “ვფიქრობდი, რომ არ დავორსულდებოდი”, 25% თვლიდა, რომ სქესობრივი კონტაქტი თვის

იმ პერიოდში ჰქონდა, როდესაც დაორსულების შანსი მინიმალური იყო, 20%-ში ორსულობა დაუგეგმავი სქესობრივი კონტაქტის შემდეგ დადგა, 5% თვლიდა, რომ “ძალიან ახალგაზრდაა იმისათვის რომ დაფეხმძიმდეს” და მხოლოდ 3%-მა არაფერი იცოდა კონტრაცეფციის შესახებ.

1975 წელს ჩატარებული კვლევით გამოვლინდა, რომ ორსული თინეიჯერების 23%-ს ჰქონდა ამის სურვილი, ხოლო 19% იყენებდა კონტრაცეფციას, რომელიც, როგორც გაირკვა, არაეფექტური აღმოჩნდა. ეს მაჩვენებლები უახლესი კვლევებითაც დასტურდება.

მოზარდების სქესობრივ ცხოვრებას სპონტანური ხასიათი აქვს. ჩვეულებრივ, ეს სხვადასხვა პარტნიორთან არარეგულარული სქესობრივი კონტაქტებით განისაზღვრება. ადამიანის იმუნოდეფიციტს ვირუსით დაინფიცირების მაღალი რისკის გამო თინეიჯერებს ურჩევენ ისარგებლონ კონტრაცეფციის ბარიერული მეთოდებით, კერძოდ კონდომით. ფინეთში ჩატარებული კვლევებით გამოვლინდა, რომ კონდომის რეკლამირებამ განაპირობა ჰორმონული კონტრაცეფციის პოპულარობის შემცირება, ამის ფონზე მაღალია არასასურველი ორსულობის შემთხვევათა ზრდის რისკი, ვინაიდან იზრდება ნაკლებად ეფექტური კონტრაცეფციის (როგორც კონდომია) მოხმარების მაჩვენებელი, მეტად ეფექტურთან (ჰორმონული კონტრაცეფცია) შედარებით.

ერთ-ერთი კვლევის მიხედვით ბიჭების 90% აცნობიერებს კონდომის გამოყენების მნიშვნელობას, მაგრამ მხოლოდ 15% იყენებს მას ყოველთვის, 50% კი იშვიათად ან არასოდეს სარგებლობს დაცვის ამ საშუალებით.

უკანასკნელ პერიოდში შოტლანდიაში ჩატარდა კვლევა, რომელიც თინეიჯერთა ორსულობაზე სოციალურ-ეკონომიური ფაქტორების ზეგავლენის შესწავლას ისახავდა მიზნად. აღმოჩნდა, რომ თინეიჯერების ორსულობის მაჩვენებელი მაღალია დაბალ სოციალურ ფენაში, და თანაც, ამ ჯგუფში აბორტით ორსულობის შეწყვეტა უფრო იშვიათად ხდებოდა.

მოზარდებისათვის დამახასიათებელი რამოდენიმე ნიშანი ართულებს ამ ჯგუფში კონტრაცეპტივების გამოყენებას:

- მოზარდების აზროვნება იშვიათად აყალიბებს მომავლის რეალურ ხედვას;
- მოზარდისათვის, რომელიც საკუთარ თავს “უმაქნისად” და “არამნიშვნელოვნად” მიიჩნევს ორსულობა სასურველი (მისაღები) გამოსავალია;
- ზოგჯერ მკვეთრად დომინირებს “იმუნიტეტის მითი” (მაგ. “ეს მე არ შეიძლება დამემართოს”);
- ორსულობა დამოუკიდებლობის დემონსტრირების საშუალებაა, მაგრამ ამავე დროს იგი მშობლებზე ხანგრძლივი დამოკიდებულების კარგი წინაპირობაა.

ასე რომ, ორსულობა თინეიჯერების სქესობრივი ცხოვრების პოტენციური გამოსავალია. სამედიცინო თვალსაზრისით, თინეიჯერის ორსულობა დედისა და ნაყოფისათვის მაღალ რისკთანაა დაკავშირებული (მცირე წონის ნაყოფი, ანემიის მაღალი რისკი, ჰიპერტენზია, მაღალი პერინატალური რისკი). თინეიჯერები ორსულობის გამო ვეღარ ამთავრებენ სკოლას, უჭირთ სწავლის გაგრძელება, ამას მოჰყვება ფინანსური სირთულეები, განყენება და სოციალური იზოლაცია. თინეიჯერ დედებში მაღალია მწვეველობის მაჩვენებელი. თინეიჯერი დედების შვილები, რომლებიც სოციალური სირთულეების გარემოში იზრდებიან, ხშირად თავად დგებიან იგივე პრობლემის წინაშე ანუ ბავშვების ამ ჯგუფში მაღალია თინეიჯერობის ასაკში ორსულობის რისკი.

ყოველწლიურად აშშ-ში 30 მლნ ახალგაზრდა ავადდება სქესობრივად გადამდები დაავადებებით. მათგან 41% 20-დან 24 წლამდეა. მოზარდებში ყველაზე გავრცელებული სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებებია: ქლამიდიოზი, ჰეპატიტი, სიფილისი,

ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსი. 1995 წ. 15-24 წწ ახალგაზრდებში ყველაზე ხშირად სქესობრივად გადაიტანებოდა გონორეა.

სქესობრივი გზით გადამდებ დაავადებათა სიხშირესთან ერთად მაღალი იყო არასასურველი ორსულობების რიცხვი. მათი მაჩვენებელი 15-დან 19 წლამდე მოზარდებში შეადგენდა 21%-ს. მათგან ნახევარი მიყვანილ იქნა ბოლომდე, ხოლო 1/3 აბორტით დასრულდა.

აბორტების უდიდესი რაოდენობა აშშ-ში 15 წელზე ნაკლები ასაკის მოზარდებზე მოდის. ბოლო წლებში აშშ-ში შეინიშნებოდა იმ მოზარდთა რაოდენობის ზრდა, რომელთა ორსულობა მშობიარობით სრულდებოდა, რაც აბორტების რიცხვის დაქვეითებაზე მეტყველებს. ასეთი ტენდენცია, შესაძლოა გამომდინარეობდეს, როგორც მოზარდთა განწყობის შეცვლიდან და მათი სურვილიდან მიიტანონ ორსულობა ბოლომდე, ისე კანონში ცვლილებებზე. ეს უკანასკნელი ითვალისწინებს აბორტზე მშობელთა თანხმობის მიღებას, აუცილებელ მოსაცდელ პერიოდს, რაც ალბათ მოქმედებს მოზარდებზე და აცვლევინებს მათ თავდაპირველ სურვილს გაიკეთონ აბორტი (საქართველოშიც მსგავსი კანონი მოქმედებს).

### სექსოლოგია, რეპროდუქციული ჯანმრთელობა

სიყვარული და ეროტიკული განცდები მოზარდის ცხოვრების ეთ-ერთი უმნიშვნელოვანესი მხარეა. სექსუალური განცდები ამ პერიოდში ძალიან დამაბულია, სექსუალური აქტიურობას აშკარად ადევს ექსპერიმენტულობის ნიშანი, მიდის პროცესი თავისი საკუთარი შესაძლებლობებისა და თანატოლებთან ურთიერთობების მრავალი ვარიანტის გამოცდის. დიდი დაინტერესება სქესის საკითხებით უფრო მოზარდი ვაჟებისთვისაა დამახასიათებელი, ვიდრე გოგონებისათვის.

მოზარდთა ასაკში სექსუალური აქტივობის ყველაზე გავრცელებული ფორმა მასტურბაციაა, იგი ნორმალური აქტია ამ ასაკში. ხშირად იგი იწყება თანატოლების მიბადებით, ზოგჯერ შემთხვევითი აღმოჩენაა საკუთარ გენიტალიებთან შეხებისას. დიდხანს აქსიომად ითვლებოდა, რომ გოგონებში ეს მოვლენა უფრო იშვიათია, ვიდრე ვაჟებში. სადღეისოდ შეინიშნება სქესობრივი განსხვავებების ნიველირება. განსაკუთრებულ ყურადღებას და სპეციალისტების ჩარევას მოითხოვს მასტურბაციის ისეთი ფორმები, რომლებიც ღიად, საჯაროდ კეთდება.

**პეტინგი** – ბევრი ახალგაზრდა წყვილისათვის ურთიერთმიზიდვა და ეროტიკული განცდები ვლინდება ნაზ სხეულისმიერ კონტაქტებში (კოცნა, მოხვევა და სხვა). ეს ეროტიკული ურთიერთობების ერთგვარი სკოლაა. ამგვარი კონტაქტები მოზარდ გოგონებში ნაკლებ შიშსა და დანაშაულის გრძნობას იწვევს, ვიდრე სქესობრივი სიახლოვე, ვინაიდან მათ თან არ სდევს სქესობრივად გადამდები დაავადებები, ადრეული ორსულობა.

სექსუალური ურთიერთობების დასაწყისი მოზარდობის ასაკში უხშირესად არ არის განმტკიცებული სათანადო ფსიქოლოგიური და ემოციური მოწიფულობით. სექსი ამ ასაკში თავისებური სოციალურ-ფსიქოლოგიური ექსპერიმენტია. სექსუალური ურთიერთობებით ემოციურ-ფსიქოლოგიური დაკმაყოფილება და ორგასტული განტვირთვა სინონიმები არ არის. უხშირეს შემთხვევაში, ეს მიიღწევა 20 წლის ასაკისათვის.

მოზარდობის ასაკში ხშირია სექსუალური გადახრები (დევიაციები). მათი მიზეზები შეიძლება იყოს ფსიქიკური განვითარების დარღვევები, აღზრდის დეფექტები, სხვადასხვა შხამებისა და ტოქსინების მოქმედება (ალკოჰოლი, ნარკოტიკები, სხვადასხვა შხამები, ტოქსინები), მანკიერი სოციალური გარემო და სხვა.

პუბერტატობის პერიოდში ხშირია ტრანზიტორული ჰომოსექსუალური კონტაქტები. ხშირად მათ საფუძვლად უძველესი ემოციური კონტაქტების მოთხოვნილება, ინტერესი თავიანთი სასქესო ორგანოების მიმართ, ერთობლივი სექსუალური გართობები. ამ ასაკში არაიშვიათია ეროტიკული სიზმრები, რომლებშიც სუბიექტი პარტნიორად თავისივე სქესის სუბიექტს ხედავს.

ჭემმარიტი ჰომოსექსუალობა არის სქესობრივი კონტაქტები ძირითადად ან მხოლოდდამხოლოდ საკუთარი სქესის ინდივიდებთან. ბიჭებში ჭემმარიტი ჰომოსექსუალების რაოდენობა 3-4%-ია, გოგონებში – 1-2%. სადღეისოდ ითვლება, რომ ამგვარი ატიპია არ არის ამორალური ან დანაშაულებრივი მოვლენა.

აღნიშნულ მოვლენაზე ზემოქმედების სპეციფიკური საშუალება არ არსებობს, საჭიროა ზრუნვა ფართო პროფილაქტიკაზე, აღზრდის სწორი ნორმების დანერგვაზე.

არის შემთხვევები, როდესაც ვაჟი ან გოგონა იქცევა არა ისე, როგორც ეს დამახასიათებელია მისი სქესის თანატოლებისათვის (“ქალაჩუნა”, “გოგობიჭა”). ეს ძალიან სათუთი საკითხია და მოითხოვს ძალიან ყურადღებრივ მიდგომას. ზოგჯერ მოზარდში ქცევის ამგვარი ტიპი თანდათანობით იშლება, ზოგში – რჩება სამუდამოდ, ე.ი. ნარჩუნდება მოზრდილობაშიც. ასეთი დარღვევისას მოზარდი მუდმივად ცდილობს საპირისპირო სქესის მსგავსად მოიქცეს მაგ. კონტრასტული ჩაცმულობა. ეს ბიჭებში უფრო ხშირია, ვიდრე გოგონებში. ასეთი კონტრასტული ჩაცმულობის, ჰომოსექსუალიზმისა ან თანატოლების უარყოფის გამო უამრავი პრობლემა შეიძლება აღმოცენდეს. ასეთ შემთხვევებში რეკომენდებულია მიმართვა ბავშვთა ფსიქიატრთან, მკურნალობა მოიცავს ქცევითი მოდიფიკაციის პროგრამებს, ინდივიდუალურ ან ოჯახურ ფსიქოთერაპიას. სქესობრივი იდენტიფიკაციის დარღვევები, ჯერ-ჯერობით ცუდადაა შესწავლილი, ვერ ხერხდება რაიმე კონკრეტული ეტიოლოგიური ფაქტორის იდენტიფიცირება (ენდოკრინული, ქრომოსომული ან ფსიქოლოგიური). უკიდურესი ვარიანტი, როდესაც საჭიროა სპეციალისტის რადიკალური ჩარევა, ეს არის სქესის სრული შეცვლის სურვილი. ეს ტრანსსექსუალობაა. ასეთი ინდივიდუუმები იტანჯებიან, როდესაც მათ ეპყრობიან, როგორც იმ სქესის წარმომადგენლებს, რომლებსაც ისინი მიუეკუთვნებიან და არა როგორც საწინააღმდეგოს. მსოფლიოს სტატისტიკის მიხედვით, ტრანსსექსუალები მამაკაცთა შორის არიან 1:100000-ზე სიხშირით, ქალებში – 1:300000-ზე. აღნიშნული პათოლოგიური მიდრეკილება ყალიბდება 6 წლის ასაკიდან და მისი შეცვლა პრაქტიკულად შეუძლებელია.

## სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებები

სქესობრივად გადამდები დაავადებების (სგდ) კონტროლი და პრევენცია დამყარებულია ხუთ ძირითად კონცეფციაზე:

1. მაღალი რისკის მქონე პირების სწავლება და კონსულტირება უსაფრთხო სქესობრივი ქცევის შესახებ
2. დაინფიცირებული, მაგრამ ასიმპტომური პირების გამოვლენა ან კლინიკური სიმპტომების მქონე იმ პირთა გამოვლენა, რომელთაც არ სურთ მკურნალობა
3. დაინფიცირებული პირების სწორი დიაგნოსტიკა და მკურნალობა
4. დაინფიცირებული პირების პარტნიორების შეფასება, მკურნალობა და კონსულტირება
5. რისკის მქონე პირების ვაქცინირება იმ დაავადებების საწინააღმდეგოდ, რომელნიც ექვემდებარებიან იმუნიზაციას.

## გამონადენი საშოდან

საშოდან გამონადენი საკმაოდ ხშირი პრობლემაა ზოგადსაექიმო პრაქტიკაში.

### საშოდან გამონადენის მიზეზები

გამონადენი შეიძლება იყოს ფიზიოლოგიური ან პათოლოგიური.

ფიზიოლოგიური გამონადენი თეთრია და ყვითლდება ჰაერზე დაჟანგვის შედეგად. რაოდენობა იცვლება ინდივიდუალურად. შეიძლება მოიმატოს ოვულაციის დროს, პრემენსტრუალურ ფაზაში, ორალური ან საშვილოსნოს შიდა (სპირალი) კონტრაცეპტივების გამოყენებისას. პათოლოგიური გამონადენი ჩვეულებრივ თან ახლავს ინფექციას. ჭკვემით მოყვანილია დაავადების გამომწვევი მიზეზების ჩამონათვალი, ამასთან აღნიშნულია თითოეული მათგანის გამოვლენის სიხშირე, რასაც საფუძვლად უდევს 15-65 წლამდე ასაკის 386 პაციენტის გამოკვლევა (დიდი ბრიტანეთი).

გამომწვევი	დაავადებული პაციენტების რაოდენობა (პროცენტებში)
ბაქტერიული ვაგინოზი	56,5
<i>Candida albicans</i>	34,5
<i>Chlamydia trachomatis</i>	6,5
<i>Streptococcus milleri</i>	1,8
<i>Haemophilus species</i>	1,0
<i>Staphylococcus aureus</i>	0,5
<i>Neisseria gonorrhoea</i>	0,3
<i>Herpes virus</i>	0,3

საშოდან გამონადენი შეიძლება განპირობებული იყოს არაინფექციური მიზეზებით, როგორცაა ყელის ექტროპიონი, პოლიპი ან კარცინომა, დარჩენილი უცხო სხეული მაგ. ტამპონი. საბედნიეროდ ტამპონთან დაკავშირებული ტოქსიური შოკის სინდრომი იშვიათია. ვულვოვაგინიტი შესაძლოა დაკავშირებული იყოს დერმატოლოგიურ პრობლემებთან, მაგ. ეგზემა ან რაიმე გამღიზიანებელთან კონტაქტით გამოწვეული დერმატიტი.

### როგორ დავსვათ დიაგნოზი?

#### ანამნეზის შეკრება

#### ჰკითხეთ პაციენტს:

- რატომ შეაწუხა ამ პრობლემამ?
- რით განსხვავდება ამჟამინდელი გამონადენი, რის გამოც პაციენტი მოგმართავთ, ადრე არსებულისაგან?
- ხომ არ შიშობს, რომ შესაძლოა ჰქონდეს ვენერიული დაავადება?
- ახლავს თუ არა გამონადენს ტკივილი, დიზურია, ინტერმენსტრუალური სისხლდენა, ან დისკომფორტი მენჯის არეში?
- ხომ არ უცდია პაციენტს თვით-მკურნალობა ორალური ფლუკონაზოლით ან კლოტრიმაზოლის საცხით?

#### ობიექტური გამოკვლევა:

- ვულვის დათვალიერება გენიტალური მეჭეჭების ან ჰერპესული წყლულების გამორიცხვის მიზნით.
- ბიმანუალური გასინჯვით შესაძლოა გამოვლინდეს დანამატების მტკივნეულობა და ტკივილი საშვილოსნოს ყელის მოძრაობისას, რაც მიუთითებს მენჯის ანთებითი დაავადებების არსებობას.
- საშოს სარკის გამოყენება საშვილოსნოს ყელის დათვალიერების და გამონადენის ხასიათის უკეთ გარკვევის მიზნით.
- დიაგნოზი დასტურდება საშვილოსნოს ყელიდან ან საშოს ზედა ნაწილიდან აღებული ნაცხის შესწავლით.

## გამონადენი საშოდან განპირობებული ინფექციური მიზეზებით

### კანდიდოზი

**Candida albicans** პაციენტების 20%-ში არ იძლევა არავითარ კლინიკურ გამოვლინებას. პროცესის გააქტიურებასა და გამოვლენა შესაძლოა აღინიშნოს:

- შაქრიანი დიაბეტის
- ორსულობის
- ფართო სპექტრის ანტიბიოტიკებით მკურნალობის,
- სტეროიდებით მკურნალობის
- ორგანიზმის იმუნოდეფიციტური მდგომარეობის დროს.

საკმაოდ მიღებული შეხედულების საწინააღმდეგოდ, რომ ორალური კონტრაცეპტივების დაბალი დოზები იწვევს კანდიდოზს, შეგვიძლია ვთქვათ, რომ ეს არ შეეფერება სინამდვილეს და აბების მიღება არ უნდა შეწყდეს მხოლოდ ამ მიზეზის გამო.

### კლინიკური სურათი

კანდიდა იწვევს წვას და ქავილს ვულვის და საშოს არეში, რაც შესაძლოს გახდეს დიზურიული მოვლენების ან დისპერიუნის განვითარების მიზეზი.

გასინჯვით ვლინდება საშოსა და ვულვის ჰიპერემია და შეშუპება.

ტიპური გამონადენი- **თეთრი ან ყვითელი, ხაჭოსებრი.**

კლინიკური სურათი არ იძლევა ზუსტი დიაგნოზის დასმის საშუალებას.

### დიაგნოზის დადგენა

საშოს ზედა ნაწილიდან ან საშვილოსნოს ყელიდან აღებული ნაცხის კულტურა და შემდგომი მიკროსკოპია.

*ქალებს, მიკრობიოლოგიურად დადსტურებული კანდიდოზით, რომლებსაც ჰყავთ სტაბილური სქესობრივი პარტნიორი და ჩატარებული მკურნალობის ფონზე კლინიკური ეფექტი კარგია არ ესაჭიროებათ ნაცხის განმეორებითი ანალიზი*

### მკურნალობა:

მკურნალობა საჭიროა, მხოლოდ კანდიდიოზის კლინიკურად მანიფესტირებული ფორმის შემთხვევაში.

ადგილობრივი ან ორალური მკურნალობა, ორივე ეფექტურია შემთხვევათა 80-90%-ში, მაგრამ ადგილობრივი მკურნალობა იაფი და ნაკლებტოქსიურია.

ჩვეულებრივ იყენებენ შემდეგი სახის რეჟიმს:

1. კლოტრიმაზოლის სანთლები 200 მგ საშოში სამი ღამის განმავლობაში ან 500 მგ ერთხელ.
2. ფლუკონაზოლი 150 მგ პერორალურად ერთჯერადი დოზა. ეუკუნაჩვენებია ორსულებში და ლაქტაციის დროს.

ადგილობრივი გალიზიანების შემთხვევაში-სასურველ შედეგს დამატებით სტეროიდის შემცველი კრემი იძლევა (ჰიდროკორტიზონი+კლოტრიმაზოლი).

### მორეციდივე კანდიდა

აუცილებელია კლინიკური გამოკვლევა და სრული მიკრობიოლოგიური ტესტი. თუ გამოკვლევებმა დაადასტურა მორეციდივე კანდიდიოზი მკურნალობა საკმაოდ რთული

ხდება. შესაძლოა ეფექტური იყოს კლოტრიმაზოლის სანთლების ორკვირიანი კურსი 100მგ ღამით ან ფლუკონაზოლი 50მგ დღეში პერ ოს. თუ დაავადებას ახასიათებს პრემენსტრუალური გამწვავების ხასიათი სანთლებით მკურნალობა შეიძლება გამოვიყენოთ პროფილაქტიკურად. სიმტომების გამოვლინების შემთხვევაში უნდა ვუმკურნალოთ სქესობრივ პარტნიორსაც.

### **ბაქტერიული ვაგინოზი**

გამომწვევი: **Gardnerella vaginalis** და შერეული ანაერობები;

#### **სიმპტომები და ნიშნები:**

ახასიათებს წყლისებური, ნაცრისფერი, ჭარბი, თევზის სუნის(რაც განპირობებულია დიამინის პროდუქციით) მქონე გამონადენი.

სუნი ძლიერდება სქესობრივი კონტაქტის შემდეგ. გაღიზიანება მცირეა და ქალების თითქმის 50%-ს არ აღენიშნებათ არავითარი სიმპტომები.

#### **დიაგნოსტიკა:**

ზოგადი პრაქტიკა ჩვეულებრივ სადიაგნოსტიკოდ იყენებს საშოს მაღალი ან საშვილოსნოს ყელის ნაცხის კულტურას და მასალის მიკროსკოპიას.

#### **მკურნალობა:**

არ არსებობს აბსოლუტური ჩვენება ასიმპტომური ქალების მკურნალობისათვის.

პაციენტებში, რომლებიც უჩივიან საშოდან სუნიან გამონადენს ორალური მეტრონიდაზოლით მკურნალობის ფონზე განკურნების სიხშირე 90%-ს აღწევს.

რეკომენდირებული დოზაა- 400 მგ ორჯერ დღეში ხუთი დღე, ან ერთჯერადად 2გრ. (მეტრონიდაზოლი უკუნაჩვენებია ორსულობის პირველ ტრიმესტრში).

ალტერნატივა: კლინდამიცინი 2% კრემი. 5 გრამიანი აპლიკაციები პერ ვაგინამ ნოცტე შვიდი ღამის განმავლობაში.

იშვიათად, რეზისტენტულ შემთხვევებში გამოიყენება კლინდამიცინი 300 მგ პერ ოს ორჯერ დღეში ერთი კვირა.

პარტნიორის მკურნალობას განსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვს ქალებში მორეციდივე ბაქტერიული ვაგინოზით.

### **ბაქტერიული ვაგინოზი და ორსულობის გამოსავალი**

კოპორტულმა გამოკვლევებმა უჩვენა, რომ ქალებს ბაქტერიული ვაგინოზით ანტენატალურ პერიოდში აღენიშნებათ ნაადრევი მშობიარობის სიხშირის გაზრდა 2-3-ჯერ. სუკანასკნელი პროსპექტული საკონტროლო ცდებით გამოვლინდა, რომ ორალური კლინდამიცინით მკურნალობა 50%-ით ამცირებდა ბაქტერიულ ვაგინოზით გამოწვეულ ნაადრევ მშობიარობას და სანაყოფე ბუმბის ნაადრევ გახსნას (MCGრეგორ ეტ ალ. 1995). მაგრამ უნდა გავითვალისწინოთ, რომ მკურნალობას ორსულებში შესაძლოა ჰქონდეს ტერატოგენული შედეგები, ამასთან არ არის გარკვეული საკითხი იმის შესახებ საჭიროა თუ არა ყველა ორსული ქალის სკრინინგი ბაქტერიულ ვაგინოზზე, თუ საკმარისია მხოლოდ იმ ქალების სკრინინგი, რომლებსაც ანამნეზში აღენიშნებათ რამოდენიმე ნაადრევი მშობიარობა.

### **ტრიქომონიაზი**

გამომწვევი: **Trichomonas vaginalis**

იწვევს საშოს მძიმე ანთებას, მაგრამ შესაძლოა მიმდინარეობდეს ასიმპტომურად და გამოვლინდეს ცერვიკალური ნაცხის რუტინული გამოკვლევისას. ტრიქომონა შესაძლოა იყოს მარკერი სხვა სქესობრივად გადამდები დაავადებებისათვის და მისი გამოვლენა მიაჩნებდეს სკრინინგის საჭიროებას.

**სიმპტომები და ნიშნები:**



- ინტენსიური ირიტაცია,
- ქაფიანი, ჩირქოვანი გამონადენი
- საშოს წვა;
- თანდართული ბაქტერიული ვაგინოზის შემთხვევაში შესაძლოა იყოს თევზის სუნი.

**დიაგნოსტიკა:**

საშოს მაღალი ან ცერვიკალური ნაცხის კულტურა და მიკროსკოპია.

**მკურნალობა:**

მეტრონიდაზოლი 2გრ სტატ ან 400მგ ორჯერ დღეში 5 დღე იძლევა განკურნებას შემთხვევათა 90%-ში.

ორსულებში ზოგჯერ შესაძლოა გამოყენებულ იქნეს კლინდამიცინის 2%-იანი კრემი.

აუცილებელია სქესობრივი პარტნიორის მკურნალობა.

**ქლამიდია**

**გამომწვევი: Chlamydia trachomatis**

**სიმპტომები და ნიშნები:**

ქალების 70%-ში არ ვლინდება არავითარი სიმპტომები. დანარჩენებს შესაძლოა აღენიშნებოდეთ ზომიერად გამოხატული გამონადენი საშოდან, ინტერმენსტრუალური სისხლდენა, ტკივილი მუცლის ქვედა არეში ან დიზურია. იშვიათად დედის ქლამიდიური ინფექცია, შესაძლოა გამოვლინდეს ახალშობილის ქლამიდიური კონიუქტივიტით. ვინაიდან ქლამიდიისათვის დამახასიათებელი კლინიკური მონაცემები ძალიან ვარიაბელურია, სკრინინგი უნდა ჩატარდეს რისკ ფაქტორების საფუძველზე.

**ჩვენებები ქლამიდიაზე ტესტის ჩასატარებლად სქესობრივად აქტიურ ახალგაზრდა ქალებში**

- საშოდან ლორწოვან-ჩირქოვანი გამონადენი.
- საექვო მენჯის ანთებითი დაავადება;
- საექვო სქესობრივად გადამდები დაავადება;
- ორსულობის შეწყვეტის(ხელოვნური აბორტი) ან სპირალის ჩადგმის წინ.
- სქესობრივად აქტიური თინეიჯერები.

**დიაგნოსტიკა**

ანტიგენების გამოვლენა.

**მკურნალობა:**

- დოქსიციკლინი 100 მგ ორალურად ორჯერ დღეში შვიდი Dდღე ან აზიტრომიცინი 1გრ სტატ.
- ორსულობის ან ლაქტაციის დროს-ერიტრომიცინი 500 მგ ოთხჯერ დღეში შვიდი დღე ან 250 მგ ოთხჯერ დღეში თოთხმეტი დღე.

**რეინფექციის თავიდან აცილების მიზნით აუცილებელია ქალის სქესობრივი პარტნიორის მკურნალობა.**

განმეორებითი ტესტი განკურნების დასადაგენად საჭიროა შემდეგ შემთხვევებში:

- შესაძლოა, რომ პაციენტი რაღაც მიზეზის გამო არ ასრულებდა დანიშნულებას
- რეინფექციის საშიშროება
- სამკურნალოდ გამოყენებულ იქნა ნაკლებად ეფექტური ანტიბიოტიკი (ერიტრომიცინი).

**სადაო საკითხები:**

**ვის უნდა ჩატარდეს სკრინინგი ქლამიდიაზე?**

ცერვიკალური ქლამიდიური ინფექციის შედეგების პრევენცია პოტენციურად შესაძლებელია. ამ საკითხმა სადაო გახადა ქლამიდიაზე სკრინინგის მნიშვნელობის ხარისხის შეფასება. სკრინინგის ხარჯთ-ეფექტურობა ამ შემთხვევაში დამოკიდებულია:

- მოსახლეობაში დაავადების პრევალირების მაჩვენებელზე
- გამოყენებული ტესტების სპეციფიურობასა და მგრძობელობაზე
- გართულებების განვითარების რისკზე
- მკურნალობის ღირებულებაზე დაავადების ყოველ ეტაპზე

თუ ქლამიდიური ინფექციის პრევალირების მაჩვენებელი 6%-ზე მეტია, მაშინ როგორც ვარაუდობენ ხარჯთ-ეფექტური უნდა იყოს საშოსმხრივ გამოკვლევაზე მოსული ყველა რეპროდუქტიული ასაკის ქალის სკრინინგი. პრევალირების უფრო დაბალი მაჩვენებლის შემთხვევაში სკრინინგი მიზანშეწონილია მხოლოდ რისკის ჯგუფის ქალებში. ცხადია, ნაკლებად მნიშვნელოვანია ქალების სკრინინგი შვილოსნობის ასაკის შემდგომ პერიოდში, თუმცა ინფექციის გამოვლინებას ამ შემთხვევაშიც დიდი მნიშვნელობა შეიძლება ჰქონდეს.

**გონორეა**

ზოგადი პრაქტიკისათვის იშვიათი დაავადებაა.

სიმპტომები და ნიშნები ქლამიდიური ინფექციის მსგავსია, მაგრამ მისგან განსხვავებით იშვიათად მიმდინარეობს ასიმპტომურად.

იშვიათად გონორეული ბაქტერიემია იწვევს კანის დაზიანებას და სეპტიურ ართრიტებს.

**დიაგნოზი**

ენდოცერვიკალური ნაცხი ინფორმატიულია შემთხვევათა 90%-ში.

**მკურნალობა:**

- **3 გრ ამოქსიცილინი 1 გრ პრობენეციდთან ერთად, ერთჯერადი ორალური დოზა (ჩორცორან ანდ ლიდგწყა 1994).**
- **ალტერნატივა: ციპროფლოქსაცინი 500 მგ ორალურად ერთჯერადი დოზა.** (უკუნაჩვენებია ორსულებში და ქალებში გულყრების ანამნეზით)

მენჯის ანთებითი დაავადებების გამოვლენის შემთხვევაში ნაჩვენებია უფრო ხანგრძლივი მკურნალობა, კერძოდ

- კო-ამოქსიკლავის დამატებითი ათდღიანი კურსი 375 მგ სამჯერ დღეში
- პაციენტებში, რომელთაც აღენიშნებათ ალერგია პენიცილინის ჯგუფის ანტიბიოტიკების მიმართ რეკომენდებულია ერთთრომიცინი 500 მგ ოთხჯერ დღეში

სქესობრივი კონტაქტების დადგენის შემდეგ აუცილებელია სკრინინგი და მკურნალობა სხვა სქესობრივად გადამდები დაავადებების წინააღმდეგ, მაგ. როგორცაა ქლამიდია, რეკომენდირებულია პაციენტის გაგზავნა სპეციალიზებულ კლინიკაში. სასურველია ჩატარდეს განმეორებითი ტესტი მკურნალობის ეფექტურობის შესაფასებლად.

**სქესობრივი გზით გადამდები ვირუსული ინფექციები**

ვირუსულ სქესობრივად გადამდებ დაავადებებს მიეკუთვნება გენიტალური ჰერპესი და მეჩქეჭები.

დაავადების განკურნება შეუძლებელია, შესაძლოა მხოლოდ ინფექციის დროებითი დათრგუნვა.

## გენიტალური მექეჩები

**გამომწვევი:** Human papiloma virus დადგენილია მისი ზოგიერთი ტიპის მტკიცე კავშირი საშვილოსნოს ყელის კარცინომასთან.

**სიმპტომები და ნიშნები:** ხშირად ასიმპტომურია, მაგრამ ამასთან შეიძლება ახასიათებდეს ქავილი და გამონადენი. ოორსულობის დროს შესაძლოა მათი ზომში გაზრდა.

### დიაგნოსტიკა

დიაგნოზი ემყარება კლინიკას. თუმცა სუბკლინიკური ფორმები საკმაოდ ხშირია და მათი დიაგნოსტიკა ხდება ცერვიკალური ნაცხის გამოკვლევის ან კოლპოსკოპიის საფუძველზე. სუბკლინიკური ინფექციის შემთხვევაში მკურნალობა საჭირო არ არის. ხილული მექეჩი ჩვენებაა ციტოლოგიურ გამოკვლევისა და კოლპოსკოპიისათვის.

### მკურნალობა

ორსულობის გამორიცხვის შემდეგ შეგიძლიათ გამოიყენოთ პოდოფილინის 25% ფანქარი, კვირაში ერთხელ, რომელიც პაციენტმა უნდა ჩამოიბანოს 4საათში. G

**გახსოვდეთ-პოდოფილინი ტერატოგენურია და შეიძლება გამოიწვიოს მძიმე დამწვრობა.**

თუ ოთხი კვირის შემდეგ ვერ მივიღებთ სასურველ შედეგს ან თუ პაციენტი ორსულია ნაჩვენებია კრიოთერაპია ან ელექტროკაუტერი.

სქესობრივი კონტაქტისას რეკომენდირებულია პრეზერვატივის გამოყენება თვალსაჩინო განკურნებიდან სულ მცირე სამი თვის განმავლობაში.

რეციდივი სამი თვის შემდეგ აღინიშნება შემთხვევათა სულ მცირე 25%-ში.

## გენიტალური ჰერპესი

გენიტალური ჰერპესი გენიტალური წყლულების უხშირესი მიზეზია.

### სიმპტომები და ნიშნები

პირველადი ჰერპესი ჩვეულებრივ ჩნდება სქესობრივი კონტაქტიდან 5-6 დღის შემდეგ მრავლობითი, მტკივნეული გენიტალური წყლულების სახით, თუმცა შეიძლება იყოს ასიმპტომური. კანის დაზიანება ვითარდება შემდეგი სახით-სიწითლე, ვეზიკულები, წყლულები და ქერქები, ამ მოვლენებს ხშირად თან ახლავს საზარდულის ლიმფადენოპათია. Dდაავადება გრძელდება დაახლოებით სამი კვირა. ტკივილი და საერთო სისუსტე სხვადასხვა შემთხვევებში გამოხატულია სხვადასხვა ინტენსივობით, შესაძლოა იყოს საკმაოდ ძლიერი. ოორსულებში მშობიარობის წინა პერიოდში აქტიური გენიტალური ჰერპესის დროს ნაყოფის ინფიცირებისა და ახალშობილის ჰერპესული ენცეფალიტის თავიდან აცილების მიზნით ნაჩვენებია საკეისრო კვეთა.

D

### დიაგნოსტიკა

ვირუსული კულტურა.

### Mმკურნალობა

პირველი შეტევის დროს-აციკლოვირი 200 მგ პერორარულად 5ჯერ დღეში 5 დღე. პრეპარატის მოქმედება ამცირებს გამწვავების განგრძლივობას სამჯერ მაინც.

პაციენტებში, რომლებსაც აღენიშნებათ წელიწადში ხუთეზე მეტი გამწვავების ეპიზოდი ენიშნებათ ხანგრძლივი სუპრესიული მკურნალობა. კერძოდ აციკლოვირი 400 მგ ორჯერ დღეში, მაგრამ მკურნალობა ძალიან ძვირია.

ააუცილებელია სქესობრივი პარტნიორის და სქესობრივი კავშირების დადგენა.

პირველი შეტევის შემთხვევაში უმჯობესია პაციენტი სამკურნალოდ გაიგზავნოს სპეციალიზებულ კლინიკაში, ხოლო რეციდივების მკურნალობისათვის საუკეთესო გარემო გახლავთ ზოგადი პრაქტიკა. ოჯახის ექიმის, ექთნის და თვით-დახმარების ჯგუფების მხარდაჭერას უდიდესი მნიშვნელობა აქვს ჰერპესით დაავადებული პაციენტებისათვის.

## შემენილი იმუნოდეფიციტის სინდრომი (შიდსი)

**შიდსი ვირუსული დაავადებაა, რომელიც ადამიანის იმუნური სისტემის მძიმე დაზიანებას-იმუნოდეფიციტს იწვევს. აღნიშნულის გამო ადამიანი კარგავს გამძლეობას პირობით პათოგენური ინფექციისა და სიმსივნური პროცესის მიმართ.**

შემენილი იმუნოდეფიციტის სინდრომის კლინიკა პირველად 1981 წელს აღწერეს მ.გოტლიბმა სან-ფრანცისკოში და გ. მმაზურმა ნიუ-იორკში. დაავადება აღწერილი იყო ჰომოსექსუალ მამაკაცებში, რომლებიც პნევმოცისტური პნევმონიით და კაპოშის სარკომით დაიღუპნენ. 1983 წელს მონტანიემ და მისმა კოლეგებმა ბარე-სინუსმა და შერმანმა ლიმფადენოპათიით დაავადებულებში აღმოაჩინეს შიდსის გამომწვევი ვირუსი, რომელსაც ლიმფადენოპათიის ვირუსი უწოდეს (LAV). 1984 წელს ამერიკაში რ. ჰალომ აღმოაჩინა ამავე ვირუსის სხვა შტამი, რომელსაც უწოდა HTLV-III ვირუსი.

1985 წელს შეიქმნა დიაგნოსტიკუმები და საფუძველი ჩაეყარა შიდსის სეროლოგიურ დიაგნოსტიკას. ამჟამად მსოფლიო ჯანმრთელობის დაცვის ორგანიზაციის ხაზით შექმნილია შედსთან ბრძოლის მსოფლიო პროგრამა.

ჯანმრთელობის მონაცემებით დღეისათვის მსოფლიოში 13 მილიონი ინფიცირებული მოზრდილი ადამიანია, ამათგან უკვე გარდაიცვალა 2,5 მილიონი. ამავე ორგანიზაციის პროგნოზით 2000 წლისათვის ინფიცირებულთა რიცხვი 80 მილიონს მიაღწევს.

### **ეპიდემიოლოგია:**

ინფექციის წყაროა ავადმყოფი ან ვირუსმტარებელი. ავადმყოფი გადამდებია, როგორც ინკუბაციურ პერიოდში, რომელიც თვეობით და წლებით გრძელდება, ასევე კლინიკური ნიშნების გამოვლინებისას, ანუ ლიმფადენოპათიის ფაზაში, როდესაც იწყება იმუნიტეტის დაქვეითება და დაავადების მთელი პერიოდი, ანუ მთელი ცხოვრება სიკვდილამდე.

უმრავლეს შემთხვევაში ვირუსის ტრანსმისია ხდება სპერმით, ცერვიკალური ლორწოთი და სისხლით, ამდენად ინფექციის გადაცემის ძირითადი გზებია:

1. სექსობრივი კონტაქტი(ვაგინალური, ანალური) თანმხლები სექსობრივად გადამდები დაავადება, რომელიც გენიტალური წყლულების განვითარებას იწვევს ზრდის ტრანსმისიის რისკს. ვირუსის გადაცემა უფრო ხშირად ხდება მამაკაციდან ქალზე, ვიდრე პირიქით. ევროპაში. აშშ და ავსტრალიაში ინფექციის საწყისი ტალღა ჰომოსექსუალ მამაკაცებში აღინიშნა, რასაც მოჰყვა მეორე ტალღა ნარკომანებსა და მათ სექსობრივ პარტნიორებს შორის. ამჟამად შიდსის ახალი შემთხვევები სულ უფრო მეტად ფიქსირდება ჰეტეროსექსუალ მამაკაცებში, სავარაუდლოა, რომ ეს ზრდა მომდევნო 20-30 წლის მანძილზე ახალ ეპიდემიურ ტალღას შექმნის.
2. შიდსი გადაეცემა ინფიცირებული დედიდან შვილს-პერინატალურ, პრენატალურ და ძუძუთი კვების პერიოდში.
3. შიდსი გადაეცემა ვირუსით ინფიცირებული სისხლის, სისხლის პროდუქტების გადასხმის და დონორთა ორგანოების გადანერგვისას.
4. ვირუსი გადაეცემა ინფიცირებული სამედიცინო იარაღებით
  - ნემსებით ნარკომანებში
  - განვითარებად ქვეყნებში აღწერილია იატროგენური ტრანსმისიის შემთხვევები
  - HIV ინფიცირებული სისხლით დაბინძურებულ ერთჯერად ნემსებთან კონტაქტის დროს, შემთხვევითი ტრავმის გამო, ინფიცირების რისკი ჯანდაცვის მუშაკებისათვის დაახლოებით 0,3%-ია.

**საყოფაცხოვრებო კონტაქტით, მოხმარების საგნებით, წყლით, საკვებით, აგრეთვე სისხლისმწოველი მწერებითა და ჰაერწვეთოვანი გზით შიდსი არ ვრცელდება.**

### **შიდსის კლასიფიკაცია** (დაავადებათა კონტროლის ცენტრი)

I ჯგუფი - მწვავე ინფექცია

II ჯგუფი - ასიმპტომური ინფექცია

III ჯგუფი - პერსისტული გენერალიზებული ლიმფადენოპათია

IV ჯგუფი - სიმპტომური ინფექცია

ქვეჯგუფი A – ცხელება >1 თვე, წონის დაკარგვა > საწყისი წონის 10%-ზე, დიარეა >1 თვე.

ქვეჯგუფი B - ნევროლოგიური დაავადება (დემენცია, პერიფერიული ნეიროპათია, მიელოპათია)

ქვეჯგუფი C- მეორადი ინფექციური დაავადებები

ქვეჯგუფი D -მეორადი სიმსივნეები-კაპოშის სარკომა, არაჰოდჯკინის ლიმფომა, პირველადი ცერებრარული ლიმფომა.

ქვეჯგუფი E - სხვა მდგომარეობები. მაგ. ლიმფოიდური ინერსტიციული პნევმონია, თრომბოციტოპენია

#### **დიაგნოზი:**

შიდსის დიაგნოსტიკა დღევანდელ ეპიდემიოლოგიურ სიტუაციაში მეტად საპასუხისმგებლოა. დიაგნოზის დროულად დადასტურების მიზნით იყენებენ კვლევის კომპლექსურ მეთოდს, რომელიც მოიცავს ეპიდემიოლოგიური, კლინიკური, ვირუსოლოგიური, სეროლოგიური და იმუნოლოგიური გამოკვლევების შედეგთა შეჯამებას. ეპიდემიოლოგიური ანამნეზით საჭიროა დაადგინონ მიეკუთვნება თუ არა გამოსაკვლევი პირი მაღალი რისკის ჯგუფს(ჰომოსექსუალები, პროსტიტუცია, ნარკომანები, რამდენიმე სქესობრივი პარტნიორი, რაიმე მიზეზით სისხლის ან სისხლის პრეპარატების გადასხმა, ორგანოთა ტრანსპლანტაცია).

კლინიკურად შიდსისათვის პათოგნომური ნიშნებია: ხანგრძლივი (ერთ თვეზე მეტი ცხელება), დიარეა და სხეულის მასის 10%-ზე მეტის დაკარგვა.

შიდსზე საექვო ნიშნებია: ლიმფადენოპათია, მუდმივი ხველა, ორალური კანდიდოზი, მძიმე დერმატიტი და სხვა ოპორტუნისტული ინფექცია, პნევმოციტური პნევმონია და სიმსივნური პროცესი: კაპოშის სარკომა, თავის ტვინის ლიმფომა და სხვა.

ლაბორატორიული გამოკვლევებიდან დიაგნოზს საბოლოოდ ადასტურებენ ვირუსოლოგიური მეთოდით, მაგრამ აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ შიდსის ვირუსი სისხლში დიდი კონცენტრაციით არ არის, ამიტომ სისხლში ვირუსის დადგენა ძნელია. აღნიშნულის გამო სადღეისოდ შიდსის დიაგნოსტიკაში უპირატესობა სეროლოგიურ მეთოდებს მიეკუთვნება.

#### **პრევენცია და კონტროლი**

შიდსის საწინააღმდეგო ვაქცინა არ არსებობს და მისი შექმნის იდეა ჯერ-ჯერობით რეალურ საფუძველს მოკლებულია.

პრევენციის ერთადერთი გზაა-ქცევის შეცვლა, რაც საკმაოდ რთულია.

- უმნიშვნელოვანესი მომენტია მოსახლეობის განათლება
- შიდსის და მისი ტრანსმისიის გზების შესახებ
- უსაფრთხო სექსი (სქესობრივი კონტაქტის დროს ბარიერული მეთოდების გამოყენება (პრეზერვატივი), პროსტიტუციის, გაუკუღმართებული და შემთხვევითი სქესობრივი კავშირების აღკვეთა)
- მნიშვნელოვანია სისხლის და სისხლის პროდუქტების სკრინინგი.
- დაავადებაზე ექვის შემთხვევაში და მაღალი რისკი ჯგუფის პირებში საჭიროა შესაფერისი გამოკვლევის უზრუნველყოფა.

შიდსის დიაგნოზის (განსაკუთრებით წინასწარი დიაგნოზის) განსაზღვრის დროს ექიმი უაღრესად ფრთხილად უნდა მიუდგეს გამოსაკვლევ პირს, გაითვალისწინოს ეთიკური და იურიდიული ასპექტები. აავადმყოფს ფრთხილად უნდა ამცნოს დიაგნოზი და გააფრთხილოს იმის შესახებ, რომ იგი ინფექციის წყაროა ოჯახის წევრებისა ან იმ პირთათვის, რომელთანაც კონტაქტშია. სეროპოზიტიურ პირებსაც უნდა მიეცეს შესაფერისი რჩევა დარიგება.

## ინფორმაცია პრევენციის შესახებ

ინფორმაცია, რომელსაც ვაწვდით პაციენტს პრევენციის მიზნით, ფოკუსირებული უნდა იყოს პაციენტის რისკ ფაქტორებზე, უნდა მოიცავდეს ახსნა-განმარტებას, თუ რა ღონისძიებებია საჭირო სგდ-ების თავიდან არიდებისათვის (მაგალითად სქესობრივი ცხოვრების მორიდება, თუ სგდ-ების კლინიკური ნიშნები გამოვლინდა)

ინფორმაციის გადაცემისას უნდა დაიცვათ კონსულტირების ზოგადი წესები, როგორცაა: პაციენტისადმი პატივისცემის გამოვლენა, თანაგრძნობა და თავი შეიკავოს პაციენტის განსჯისაგან. პაციენტთან სასაუბრო ენა უნდა იყოს გასაგები, დასმული უნდა იყოს უმეტესად “ღია” შეკითხვები და უნდა შევეცადოთ დავარწმუნოთ პაციენტი, რომ მკურნალობა ნებისმიერ გარემოებაში აუცილებელია. პაციენტები ხშირ შემთხვევაში ფიქრობენ, რომ მათ ჩაუტარდათ გამოკვლევა ან მკურნალობა ყველა სგდ-ებისა. თუ რომელიმე დაავადების გამოსავლენი ტესტირება არ არის ჩატარებული, პაციენტს აუცილებლად უნდა ეცნობოს ამის შესახებ.

### დაავადებათა გადაცემა (ტრანსმისია) სქესობრივი გზით

სგდ-ების თავიდან არიდების ყველაზე საიმედო გზად სქესობრივი ცხოვრებისაგან თავის შეკავება ან დაუსნებოვნებელ ერთ პარტნიორთან ურთიერთობა ითვლება. თუ პიროვნება ან მისი პარტნიორი იტარებს მკურნალობას სგდ-ების გამო, გარეშე ურთიერთობებისგან თავის შეკავება ერთ-ერთი აუცილებელი პირობაა.

სქესობრივი ცხოვრების განახლების წინ ორივე პარტნიორმა უნდა ჩაიტაროს გამოკვლევა.

თუ პიროვნებას აქვს ურთიერთობა პირთან, რომლის ჯანმრთელობის მდგომარეობა უცნობია, ან პირთან, რომელიც ინფიცირებულია აიდ-ის ვირუსით ან სხვა რომელიმე სგდ-ებით, ყოველი მომდევნო სქესობრივი აქტისას გამოყენებულ უნდა იქნას ახალი პრეზერვატივი.

### ვაქცინაცია

სგდ-ების გარკვეული ჯგუფის თავიდან არიდების ერთ-ერთ გზად ვაქცინაცია ითვლება. მაგ: ჰეპატიტი “B” ხშირად სქესობრივი კონტაქტით გადაეცემა. ამიტომ სასურველია აღნიშნული დაავადების წინააღმდეგ ვაქცინაცია ჩაუტარდეს ყველა პირს, რომელსაც გამოუვლინდა სხვა რომელიმე სგდ. ჰეპატიტი “A”-ს წინააღმდეგ ვაქცინაცია ნაჩვენებია ჰომოსექსუალ მამაკაცებში და ნარკომან პირებში.

## პროფილაქტიკის მეთოდები

### მამაკაცთა პრეზერვატივი

ლატექსის პრეზერვატივის სისტემატური და სწორად მოხმარების შემთხვევაში შესაძლოა თავიდან ავირიდოთ სგდ-ები როგორცაა შიდსი, გონორეა, ქლამიდია, ტრიქომონა და სხვ. იმის გამო, რომ პრეზერვატივი არ ფარავს კონტაქტის მთელ არეს, იგი

უფრო მეტად იცავს იმ სგდ-ებისგან, რომლებიც გადაეცემიან ლორწოვანი სეკრეტთან კონტაქტი საშუალებით, ეს დაავადებებია: გონორეა, ქლამიდია, ტრიქომონა და შიდსი. ხოლო იმ დაავადებების პრევენციისათვის, რომლებიც კანის ზედაპირების უშუალო კონტაქტით ვრცელდებიან (მაგ: მარტივი ჰერპესი, სიფილისი, მაგარი შანკრი), პრეზერვატივი ნაკლებად ეფექტურია. თანამედროვე პრეზერვატივები სავაჭრო ქსელში მოხვედრამდე გადიან სპეციალურ ელექტრონულ ტესტირებას დეფექტის ან დაზიანების გამოსავლინებლად. აშშ-ის მონაცემებით პრეზერვატივის გახევა ან მოძრობა ფიქსირდება შემთხვევათა მხოლოდ 2 %-ში, რაც ხშირ შემთხვევაში განპირობებულია მოხმარების წესების დარღვევით და არა მისი უხარისხობით.

არა ლატექსის მასალისაგან დამზადებული პრეზერვატივები ხასიათდებიან ნაკლები მდგრადობით. მათი გამოყენება რეკომენდირებულია იმ შემთხვევაში, როდესაც პიროვნებას აღენიშნება ალერგია ლატექსის მიმართ.

პაციენტებს უნდა მიეთითოთ პრეზერვატივის სწორად მოხმარების შესახებ, მაგ:

- ნებისმიერი სახის ყოველი მომდევნო კონტაქტის (ორალური, ვაგინალური, ანალური) შემთხვევაში გამოყენებული უნდა იქნეს ახალი პრეზერვატივი.
- პრეზერვატივი დაცული უნდა იქნეს სხვადასხვა ბასრი საგნის ზემოქმედებისაგან, მაგ: ფრჩხილის, კბილის და სხვ.
- პრეზერვატივი უნდა მოერგოს მხოლოდ ერექციის შემდეგ, პარტნიორების გენიტალურ კონტაქტამდე.
- ლატექსის პრეზერვატივის დარბილების მიზნით გამოყენებული უნდა იქნეს მხოლოდ წყალზე დამზადებული ლუბრიკანტები. ცხიმზე დამზადებული ლუბრიკანტები, მაგ: ბენზინის ჟელე, მინერალური ზეთი, მასაჟის ზეთი, სხეულის ლოსიონი და საჭმელი ზეთი აზიანებენ ლატექსს.
- სქესობრივი აქტის დაწყებამდე უზრუნველყოფილი უნდა იქნეს პრეზერვატივის ლუბრიკაცია (გაპოხვა).
- პრეზერვატივი უნდა მოიხსნას ერექციის გაქრობამდე.

### ქალთა პრეზერვატივი

არსებობს მოსაზრება, რომ სწორად და სისტემატურად გამოყენების შემთხვევაში ქალთა პრეზერვატივი, რომელიც გაპოხილია პოლიურეთანით და რომელიც ორივე მხარეზე ბოლოვდება რგოლით, წარმოადგენს მექანიკურ ბარიერს, რომელიც იცავს სგდ-ებისაგან, თუმცა უნდა აღინიშნოს, რომ ჯერ არც ერთი კლინიკური კვლევა არ არის ბოლომდე დასრულებული, რომელიც ამ მოსაზრებას დაადასტურებს. ქალთა პრეზერვატივზე არჩევანი კეთდება იმ შემთხვევაში, როდესაც რაიმე მიზეზის გამო ვერ ხერხდება მამაკაცის პრეზერვატივის გამოყენება.

### ვაგინალური სპერმაციდები, ტამპონები და დიაფრაგმები

თანამედროვე მეცნიერული კვლევები ადასტურებენ, რომ ვაგინალური სპერმაციდები, რომლებიც შეიცავენ ნონოქსილონ-9-ს (N-9), არ იცავენ საშვილოსნოს ყელის გონორეით, ქლამიდიით ან აიდ-ით დასნებოვნებისგან. გარდა ამისა მათი ხშირი მოხმარება აზიანებს გენიტალიის ლორწოვანს, რომელიც ადვილად შეღწევადი ხდება სხვადასხვა ინფექციებისათვის, მაგ: აივ-ისთვის. ვაგინალური კონტრაცეპტიული ტამპონი იცავს ცერვიკალური გონორეისა და ქლამიდიისაგან, მაგრამ ზრდის კანდიდოზის განვითარების რისკს. სხვადასხვა კლინიკური კვლევები ადასტურებენ, რომ დიაფრაგმა იცავს ცერვიკალური გონორეის, ქლამიდიის და ტრიქომონასგან. აიდ-ის ვირუსისაგან დაინფიცირების საწინააღმდეგოდ არც ტამპონი და არც დიაფრაგმა ნაჩვენები არ არის. აიდ-ის ვირუსით მამაკაცის დაინფიცირების დასაცავად სპერმაციდის, ტამპონისა და დიაფრაგმის გამოყენების ეფექტურობა არ არის ბოლომდე შესწავლილი. გარდა ამისა,

დიაფრაგმისა და სპერმაციდის გამოყენება ასოცირებულია ქალებში საშარდე გზების ბაქტერიულ ინფიცირებასთან.

### კონდომები და N9 ვაგინალური სპერმაციდები

სგდ-ების პროფილაქტიკის მიზნით თანაბარი ეფექტურობით გამოიყენება როგორც სპერმაციდით გაპოხილი პრეზერვატივები, ასევე სხვა ლუბრიკანტებით გაპოხილი პრეზერვატივები. N9 სპერმაციდის შემცველი პრეზერვატივები გამოირჩევიან ხანმოკლე შენახვის ვადით, არის ძვირი და მათი ხშირი გამოყენება ზრდის საშარდე ტრაქტის ბაქტერიული ინფიცირების რისკს ახალგაზრდა ქალებში.

### N9 სპერმაციდის გამოყენება რექტალურად

ვაგინალური სქესობრივი აქტის დროს N9 სპერმაციდის გამოყენება ზრდის აიდ ვირუსით ინფიცირების რისკს. აღნიშნულ სპერმაციდს ასეთივე მოქმედება აქვს მამაკაცებში ანალური სექსის დროს, იგი აზიანებს სწორი ნაწლავის ლორწოვან გარსს, რაც ხელს უწყობს სგდ-ებით ადვილად დაინფიცირებას. ამრიგად მისი გამოყენება ანალური სექსის დროს არ არის რეკომენდირებული.

### არაბარიერული კონტრაცეფცია, ქირურგიული სტერილიზაცია, ჰისტერექტომია

ქალები, რომელთაც დაბალი აქვთ დაორსულების რისკი, თვლიან, რომ მათ ასევე დაბალი აქვთ სგდ-ებით დაინფიცირების რისკი. არამექანიკური კონტრაცეფციული საშუალებების გამოყენება არ ამცირებს სგდ-ების შესაძლო განვითარების რისკს. ქალები, რომლებიც კონტრაცეფციის მიზნით გამოიყენებენ ჰორმონულ საშუალებებს, საშვილოსნოსშიდა სპირალს, რომელთაც აქვთ გაკეთებული ქირურგიული სტერილიზაცია, ან ჰისტერექტომია, საჭიროებენ სპეციალურ კონსულტირებას კონდომების გამოყენების შესახებ, რათა თავიდან აირიდონ სგდ-ები.

### კონსულტირება სგდ-ების, შიდს-ის პროფილაქტიკის შესახებ

სგდ-ების პროფილაქტიკის ეფექტურობას განაპირობებს ინტერაქტიური კონსულტირება, რომელიც მიმართულია პაციენტის პერსონალური რისკის, რისკის წარმომქმნელი სიტუაციის ანალიზისა და სტრატეგიული მიზნების დასახვისაკენ.

ერთ-ერთი ასეთი მიდგომა შიდს-ის პროფილაქტიკისა არის კლიენტზე კონცენტრირებული კონსულტირება, რომელიც შედგება ორი 15-20 წუთიანი ნაწილისაგან. ასეთი კონსულტირების დროს სასურველია გამოყენებული იქნეს თვალსაჩინო მასალის პრეზენტაცია ან ვიდეო მასალის ჩვენება კონდომების სწორად მოხმარების შესახებ. რენდომიზირებული საკონტროლო კვლევები ადასტურებენ, რომ ასეთი კონსულტირების შედეგად 25-40%-ით მცირდება სგდ-ების ახალი შემთხვევების რიცხვი. პროფილაქტიკური კონსულტირება ეფექტური ხდება, როდესაც კონსულტანტი ითვალისწინებს პაციენტის კულტურულ დონეს, მის ენას, სქესს, სექსუალურ ორიენტაციას, ასაკს და არ განსჯის პაციენტის ქცევის ნორმებს.

### პარტნიორის ინფორმირება

ექიმმა სასურველია დაარწმუნოს პაციენტი, აცნობოს სქესობრივ პარტნიორს სგდ-ების შესაძლო რისკის არსებობის შესახებ. ეს მნიშვნელოვნად შეამცირებს სგდ-ებით საერთო ავადობას.



## კონფიდენციალობა

დაავადებების წარმატებული კონტროლის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი მომენტი სგდ-ების დროული გამოვლენა და მისი შეტყობინება შესაბამის ორგანოებში, რაც ხელს უწყობს ავადობის სწორად აღრიცხვის წარმოებას, რისკის მქონე პარტნიორების იდენტიფიკაციას და დროულ მკურნალობას.

სიფილისი, გონორეა ქლამიდია და შიდსი მრავალ ქვეყანაში წარმოადგენს დაავადებებს, რომელნიც საჭიროებენ შეტყობინებას სპეციალურ ორგანოებში. შეტყობინება უნდა იყოს სარწმუნო და ლაბორატორიულად დამტკიცებული. აუცილებელია აღნიშნული შეტყობინების კონფიდენციალურობის დაცვა.

## მოზარდები

მოზარდთა ასაკი განსაკუთრებულად საყურადღებოა ჯანდაცვის მუშაკებისათვის. აღნიშნულ ასაკში სქესობრივად გადამდები დაავადებების სიხშირე მაღალია. მაგ: აშშ-ის მონაცემებით ქლამიდიისა და გონორეის სიხშირე ყველაზე მაღალია 15-19 წლის გოგონებში. ასევე ცნობილია, რომ ჰეპატიტ B-ს მქონე მოზარდთა 9% აღნიშნავს, რომ ჰყავთ რამოდენიმე სქესობრივი პარტნიორი, ან არიან ჰომოსექსუალები. აქედან გამომდინარე, აშშ-ში ჰეპატიტ B-ს წინააღმდეგ მიმართული სტრატეგიის მიხედვით რეკომენდირებულია ყველა ბავშვის იმუნიზაცია ჰეპატიტ B-ს ვაქცინით.

15 წლამდე ასაკის სქესობრივად აქტიურ მოზარდებს აღნიშნებათ სგდ-ების მომატებული რისკი. რისკი განსაკუთრებით მაღალია საერთო საცხოვრებლებში მცხოვრებთათვის, ჰომოსექსუალ მამაკაცებში, ნარკომანებში. მოზარდებში მომატებულ რისკს განაპირობებს დაუცველი სექსის სიხშირე, ინფექციისადმი ნაკლები მდგრადობა, სამედიცინო დაწესებულებებთან ნაკლები კონტაქტი, ინფორმაციის უქონლობა უსაფრთხო სექსისა და სგდ-ების შესახებ.

მოზარდებში განსაკუთრებული ყურადღება უნდა დაეთმოს კონფიდენციალურობის მკაცრ დაცვას, რამეთუ აღნიშნული ასაკი ამ მხრივ მეტად მგრძობიარეა. სასურველია დამუშავდეს კონსულტირების სტილი და შინაარსი. დისკუსია უნდა აიგოს პაციენტის განვითარების დონის შესაბამისად.

## შიდსი-დიაგნოსტიკა, კონსულტირება და სპეციალისტთან გაგზავნა

აივ-ით ინფიცირება ხასიათდება დაავადებათა მთელი სპექტრით, რომელთა გამოვლინებას წინ უსწრებს კლინიკურად უსიმპტომო ლატენტიური პერიოდი. დაავადების პროგრესირების სისწრაფე ვარიანტურია და დამოკიდებულია ბევრ ფაქტორზე. ინფიცირებიდან დაავადების მანიფესტირებული ფორმის ჩამოყალიბება შესაძლოა გრძელდებოდეს რამოდენიმე თვიდან 17 წლამდე (საშუალოდ 10 წელი). მიუხედავად იმისა, რომ დაავადება უსიმპტომოდ მიმდინარეობს, ვირუსის რეპლიკაციის პროცესი უწყვეტია და პროგრესირებს იმუნური სისტემის მდგომარეობის გაუარესებასთან ერთად. მკურნალობის არ არსებობის შემთხვევაში აივ დაინფიცირებულ პირებში შიდსი ყოველთვის იჩენს თავს. ერთ-ერთი კვლევის მიხედვით დაინფიცირებიდან 17 წლის განმავლობაში დაავადება გამოვლინდა 87%-ში.

დაავადების პროგრესირების ერთ-ერთი შემაფერხებელი ფაქტორი შიდსის დროული დიაგნოსტიკაა. თანამედროვე მკურნალობის შედეგად შესაძლოა შენელებული იმუნური სისტემის მდგომარეობის გაუარესების პროცესი, რაც თავის მხრივ ამცირებს დაავადებით გამოწვეულ სიკვდილიანობას. აივ ინფექციის სამკურნალოდ საჭიროა ქვევითი, ფსიქოსოციალური და სამედიცინო სამსახურების კომპლექსური მიდგომა. აივ ინფიცირებული პირები საჭიროებენ სრულ ინფორმაციას დაავადების ბუნებისა და მასთან ბრძოლის არსებული საშუალებების შესახებ.

### **პაციენტის კონსულტირება და სპეციალისტთან გაგზავნა**

პაციენტები ძნელად ეგუებიან ინფორმაციას აიდ ვირუსით ინფიცირების შესახებ. უმრავლეს შემთხვევაში მათ გამოუვლინდებათ დეპრესია. აღნიშნულ პერიოდში მათ უხდებათ ბრძოლა დაძლიონ სხვადასხვა პრობლემური საკითხები, რომლებიც წარმოიშობა დაავადებასთან დაკავშირებით, მაგ: შეეგუონ აზრს, რომ მათი სიცოცხლის ხანგრძლივობა შემცირდება, თავი გაართვან გარშემომყოფთა რეაქციას, შეიმუშაონ ფიზიკური და სულიერი ჯანმრთელობის შენარჩუნების სტრატეგია, შეცვალონ ცხოვრების წესი, რათა დაიცვან სხვები დასნებოვნებისაგან.

ახლად დიაგნოსტირებული აიდ ინფექცია არ ნიშნავს ახლად შეძენილს, დაავადება შესაძლოა ნებისმიერ სტადიაზე იმყოფებოდეს. ამ მხრივ ჯანდაცვის პროფესიონალებს განსაკუთრებული ყურადღება მართებთ, რათა ზუსტად განსაზღვრონ პაციენტის სამედიცინო, ქცევითი თუ ფსიქოსოციალური საჭიროებები.

### **სქესობრივი და წამალმომხმარებლის თანაპარტნიორების მართვა-მკურნალობა**

ექიმი უნდა ფლობდეს დამატებით ინფორმაციას აიდ ინფიცირებული პაციენტის და მისი პარტნიორების შესახებ. პარტნიორში იგულისხმება არა მხოლოდ სქესობრივი პარტნიორი, არამედ პირი, რომელთან ერთად პაციენტი მოიხმარს ნარკოტიკულ საშუალებებს და იზიარებს ნახმარ საინექციო საშუალებებს. დასნებოვნებული პირის პარტნიორები საჭიროებენ შეტყობინებას, რაც დაავადებასთან ბრძოლასა და მის ტრანსმისიის შემცირებას განაპირობებს. თუმცა გათვალისწინებული უნდა იყოს თვით პაციენტის აზრი და დაცული უნდა იყოს მისი კონფიდენციალურობა. აღნიშნულის მხრივ თითოეულ ქვეყანაში არსებობს სპეციალური კანონმდებლობა, რომელიც გადაწყვეტს მსგავს საკითხებს.

### **განსაკუთრებული შემთხვევები:**

#### **ორსული ქალები**

ორსულობის ადრეულ ვადაზე ქალებს უნდა შესთავაზონ სკრინინგული გამოკვლევა აიდ ინფექციის გამოსავლენად, რაც შეამცირებს არა მარტო დაავადების გავრცელებას, არამედ ნაყოფის დასნებოვნების რისკსაც.

თუ ორსულ ქალს აღმოაჩნდება ინფექცია, მას უნდა მიეწოდოს ინფორმაცია მომავალი რისკის შესახებ. მეცნიერული კვლევების მონაცემების მიხედვით ანტირეტროვირუსული მკურნალობის არ არსებობის შემთხვევაში დასნებოვნებული დედიდან ნაყოფს ინფექცია გადაეცემა შემთხვევათა 15-25 %-ში, ხოლო ძუძუთი კვების დროს შემთხვევათა 12-14 %-ში.