



ՄԵԾԱՆԱՍԱԿՆԵՐԻ ՄԻՋՈՒՂԻՆԵՐԻ ՎԱՐԱԿՆԵՐԻ ՎԱՐՄԱՆ ԿԼԻՆԻԿԱԿԱՆ ՈՒՂԵՑՈՒՅՑ

Հավելված 4
Առողջապահության Նախարարի
2021 թ. հունվարի 21-ի թիվ 126-Լ հրամանի

Սույն հրապարակումը պատրաստվել է Եվրոպական միության ֆինանսական աջակցությամբ և Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության Եվրոպական տարածաշրջանային գրասենյակի օժանդակությամբ: Բովանդակության համար պատասխանատվություն է կրում Առողջապահության Նախարարությունը, և պարտադիր չէ, որ այն արտահայտի Եվրոպական միության և Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության տեսակետները



ԵՐԵՎԱՆ 2021

■ **ԻՆՉ Է ՄԻԶՈՒԴԻՆԵՐԻ ՎԱՐԱԿԸ (ՄՎ)**

Միպուղիների վարակը սահմանվում է որպես կլինիկական ախտանշանների (տենդ, միպարձակման խանգարումներ) և նշանակալի բակտերիորիայի ամկայության համակցություն: ՄՎ-ները բաժանվում են վերին ՄՎ-ների (պիելոնեֆրիտ), որոնք ներառում են միպածորանը, երիկամային ավապանն ու երիկամը, և ստորին ՄՎ-ների (ցիստիտ), որոնք ներառում են միպապարկը և միպուկը: Մինևույն ժամանակ, լայնորեն կիրառվող այլ դասակարգման համակարգով, ՄՎ-ները բաժանվում են հետևյալ կատեգորիաների.

■ **չբարդացած ՄՎ** - ՄՎ կանանց մոտ, ովքեր հղի չեն, չունեն միպուղիների անատոմիական և ֆունկցիոնալ շեղումներ կամ համակցված հիվանդություններ, չունեն տենդ կամ գոտկացավ.

■ **բարդացած ՄՎ** - ՄՎ երեխաների և տղամարդկանց, հղի և հետդաշտանադադարի տարիքի կանանց մոտ, ովքեր ունեն միպուղիների անատոմիական և ֆունկցիոնալ շեղումներ կամ համակցված հիվանդություններ, օրինակ, երիկամների հիվանդություններ, շաքարային դիաբետ, և պացիենտների մոտ, ովքեր ունենում են համակարգային ախտանշաններ.

■ **կրկնվող ՄՎ** - բարդացած կամ չբարդացած ՄՎ-ի կրկնություններ վերջին վեց ամիսների ընթացքում, տարեկան առնվազն 2 կամ 3 անգամ.

■ **կաթետերով պայմանավորված ՄՎ** - ՄՎ պացիենտների մոտ, որոնց միպուղին ներկայումս գտնվում է կաթետերիվացված վիճակում կամ վերջին 48 ժամվա ընթացքում տեղադրված է եղել կաթետեր.

■ **ուրոսեպսիս** - կյանքին սպառնացող օրգանային դիսֆունկցիա, որն առաջանում է միպուղիների և (կամ) տղամարդկանց սեռական օրգաններից առաջացած վարակի հետևանքով^{1, 2}:

■ **ՈՐՆ Է ՄՎ-Ի ՊԱՏՃԱՌԸ**

ՄՎ-ի հիմնական հարուցիչն **աղիքային ցուպիկն** է՝ այլ գրամբացասական աղիքային մանրէների հետ միասին:

■ **ՈՎՔԵՐ ԵՆ ՆԻՎԱՆԴԱՆՈՒՄ ՄՎ-ՈՎ**

Կանանց 10-20%-ն ինչ-որ ժամանակ կարող է հիվանդանալ ախտանշանային ՄՎ-ով: Մեծահասակ տղամարդկանց շրջանում վարակների մեծ մասը բարդացած է և կապված է միպուղիների

շեղումների հետ: Միպուղիների վարակներով հիվանդացությունը երկու սեռերի դեպքում էլ տարիքի հետ ավելանում է: Ըստ հաշվարկների՝ 65 տարեկանից բարձր **տղամարդկանց 10%-ը** և **կանանց 20%-ն** ունեն անախտանշանային բակտերիուրիա:

ՈՐՈՒՔ ԵՆ ԱՆՏԱՆՇԱՆՆԵՐԸ

Ստորին ՄՎ դիպուրիա, հաճախակի միվարձակում, միպելլու մշտական ցանկություն, ցավ որովայնի ստորին հատվածում կամ կոնքում:

Վերին ՄՎ մեջքի վերին կամ կողային հատվածի ցավեր, սրտխառնոց, փսխում, դող և սարսուռ:

ՈՐՈՒՔ ԵՆ ՆԱՎԱՆԱԿԱՆ ԲԱՐԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ

Վարակը կարող է տարածվել դեպի շրջակա հյուսվածքներ, օրինակ, կարող է առաջանալ հարերիկամային տարածության թարախակույտ կամ վարզանալ ուրոսեպսիս, որը կարող է վտանգավոր լինել կյանքի համար: Որպես բարդություն կարող է առաջանալ նաև երիկամների անդամնալի վնասում:

ՆԿԱՐԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆ

Միպուղիների վարակներն առողջության պահպանման առաջնային և երկրորդային օղակներում էմպիրիկ հակաբիոտիկային բուժման ամենատարածված կլինիկական ցուցումներից են: Անախտանշանային բակտերիուրիայի անհարկի հակաբիոտիկային բուժումը կապված է կլինիկական կողմնակի ապդեցությունների, այդ թվում՝ ***Clostridium difficile-ի*** կամ մետիցիլինակայուն ***Staphylococcus aureus-ի*** հարուցած վարակների զգալիորեն մեծ ռիսկի հետ: Ավելին, հակաբիոտիկների այսպիսի գերօգտագործումը կամ չարաշահումը վնասակար ապդեցություն է ունենում հակաբիոտիկային կայունության վրա:

ԱՊԱՑՈՒՅՑՆԵՐԻ ԱՄՓՈՓ ՆԵՐԿԱՅԱՑՈՒՄ

2010 թվականին չբարդացած սուր ՄՎ-ների վերաբերյալ **Cochrane** ուսումնասիրությունը (21 ռանդոմիզացված հսկողական հետապոտություններ, 6016 մասնակից) համեմատել է տարբեր հակաբիոտիկների մասով կարճատև ու երկարատև ախտանշանային բուժումները և հայտնաբերել է³.

■ **Տրիմեթոպրիմ + սուլֆամեթոքսազոլոլ** (TMP-SMX) ապաքինման ցուցանիշները համարժեք են եղել ֆտորիսինոլոններով ապաքինման ցուցանիշներին:

■ **Նիտրոֆուրանտոինոլ** ապաքինման ցուցանիշները նման են եղել TMP-SMX-ով ապաքինման ցուցանիշներին:

■ **Բետա-լակտամային** դեղերով ապաքինման ցուցանիշները նման են եղել TMP-SMX-ին, սակայն **«ՄաքՄասթեր Գրուվ»**-ի սահմանած համարժեքության չափանիշները չեն բավարարել (<10%):*

2015 թվականին **Cochrane** մեկ այլ ուսումնասիրության ժամանակ (9 ռանդոմիզացված հսկողական հետապոտություններ, 1614 մասնակից) անախտանշանային բակտերիուրիայի հակաբիոտիկային բուժումը համեմատել են չբուժելու հետ և պարզվել է հետևյալը⁴.

● Անախտանշանային բակտերիուրիայի հակաբիոտիկներով բուժումը ոչ մի կլինիկական օգուտ չի տվել, քանի որ անախտանշանային ՄՎ-ի պարգացումը, բարդությունները կամ մահը դիտարկելիս երկու խմբերի միջև տարբերություններ չեն եղել:

Հակաբիոտիկներով բուժումն առավելություն է ունեցել չբուժելու նկատմամբ, բայց զգալիորեն ավելի շատ կողմնակի ազդեցություններով:

* բացառություն է կազմում Եվրոպայի, Աֆրիկայի և Ասիայի որոշ երկրներում մեցիլինամի հանդեպ զգայուն մանրէներով հարուցված ՄՎ-ի բուժման համար կիրառվող պիվմեցիլինամը:

Երեխաների բուժման առումով ուսումնասիրվել է հակաբիոտիկների բերանային օգտագործման համեմատությունը ներերակային օգտագործման հետ: Երեխաների մոտ պիելոնեֆրիտը հակաբիոտիկներով բուժելու վերաբերյալ **Cochrane** 2014 թվականի ուսումնասիրության մեջ (27 հետապոտություն, 4,452 երեխա) արձանագրվել է հետևյալը⁵:

■ Ոչ մի զգալի տարբերություն չի հայտնաբերվել տենդի, բուժումը սկսելուց 72 ժամվա ընթացքում ձգձգվող ՄՎ-ի կամ 6-ից 12 ամսվա ընթացքում երիկամների ձգձգվող վնասման տևողությունների միջև բերանային հակաբիոտիկային թերապիայի (10-14 օր) և ներերակային թերապիային (3 օր) հաջորդող բերանային թերապիայի (10 օր) միջև:

■ Ամինագլիկոլիդների օրական մեկ և երեք անգամ ընդունման միջև արդյունավետության առումով էական տարբերություններ չեն եղել:

ՈՒՂԵՑՈՒՅՑՆԵՐ

IDSA-ի և ESMID-ի ուղեցույցներով խորհուրդ է տրվում⁶.

■ Կանանց մոտ սուր չբարդացած ցիստիտի դեպքում՝ **Նիտրոֆուրանտոին մոնոհիդրատ** 100մգ, օրական 2 անգամ, 5-7 օրվա ընթացքում և **TMP-SMX** 160մգ/800մգ, օրական 2 անգամ, 3 օրվա ընթացքում (եթե վերջինիս հանդեպ ուրոպաթոզենների տեղային կայունության մակարդակը չի գերազանցում 20 տոկոսը կամ հիվանդը վերջին 3 ամիսներին ՄՎ-ի բուժման համար չի կիրառել այն), իսկ որպես այլընտրանք՝ **ամոքսիցիլին + կլավուլանաթթու**, 3-7 օրվա ընթացքում:

■ Աղիքային ցուպիկի հանդեպ կայունություն առաջացնելու նվազագույն հակվածության պատճառով առաջարկվում է **ֆոսֆոմիցին** 3գ, միանվազ: Վերջերս կատարված մետափերլուծությունը ֆոսֆոմիցինի և այլ հակաբիոտիկների արդյունավետության մեջ որևէ տարբերություն չի հայտնաբերել ցիստիտի բուժման համար, իսկ հղի կանանց մոտ զգալիորեն ավելի հապվադեպ է հանգեցրել կողմնակի ռեակցիաների⁷:

■ **Ֆտորիսինոլոնները** (օրինակ, **օֆլոքսացին** 200մգ, օրական 2 անգամ, 3 օր, բարդացած՝ 10 օր, **ցիպրոֆլոքսացին** 250մգ, նույն կերպ, **լեվոֆլոքսացին** 250մգ, օրական 1 անգամ, 3 օր, բարդացած՝ 10 օր և 750 մգ, 5 օր) շատ արդյունավետ են ՄՎ-ի բուժման համար, սակայն չբարդացած սուր ցիստիտների դեպքում դիտարկվում են որպես երկրորդ շարքի միջոցներ, իսկ բարդացած ցիստիտների դեպքում՝ որպես առաջին շարքի միջոցներ:

■ Կանանց մոտ սուր պիելոնեֆրիտի դեպքում խորհուրդ է տրվում **ցիպրոֆլոքսացին** և **ցեֆտրիաքսոն**:

■ Փորձնականորեն ընտրված հակաբիոտիկների համար կայունության ցուցանիշները պետք է լինեն 10%-ից ցածր՝ պիելոնեֆրիտի դեպքում, և 20%-ից ցածր՝ ստորին միզուղիների վարակի բուժման դեպքում. ֆտորիսինոլոնների այս շեմը շատ երկրներում այլևս չի բավարարում:

■ Կրկնվող ստորին ՄՎ-ի դեպքերում, յուրաքանչյուր ախտանշանային սուր ցիստիտի էպիզոդի դեպքում անհրաժեշտ է կատարել մեկի մանրէաբանական քննություն հակաբիոտիկների հանդեպ պզայունության որոշմամբ:

ԲՈՒԺՈՒՄ

Ստորին ՄՎ-ի համար ԱՀԿ-ն, որպես առաջին ընտրություն, խորհուրդ է տալիս ամոքսիցիլին կամ **ամոքսիցիլին + կլավուլանաթթու** կամ **սուլֆամեթոքսազոլ + տրիմեթոպրիմ** կամ **Նիտրոֆուրանտոին**: Ապացույցները ցույց են տալիս, որ այս հակաբիոտիկներն արդյունավետությամբ նման են միմյանց: Դրանք պետք է նաև մատչելի լինեն շատ երկրներում: Լավ յուրացման և թափանցելիության շնորհիվ, թեթև և միջին ծանրության պիելոնեֆրիտի դեպքում **ցիպրոֆլոքսացին** առաջարկվում է որպես առաջին ընտրություն, իսկ **ցեֆտրիաքսոնը** կամ **ցեֆոտաքսիմը** երկրորդ: **Ցեֆտրիաքսոնը** կամ **ցեֆոտաքսիմը** խորհուրդ են տրվում նաև ծանր պիելոնեֆրիտի և շագանակագեղձի բորբոքման դեպքում՝ ի հավելումն **ամիկացինի**, որը նախընտրելի է գենտամիցինից, քանի որ այն, ընդհանուր առմամբ, ավելի լավ է ապրում **Enterobacteria-ների** վրա:

ՄԻՋՈՂԻՆԵՐԻ ՎԱՐԱԿ	
ՍՏՈՐԻՆ ՄԿ	
Նխորոֆուրանտոին Սուլֆամեթոքսազոլ + տրիմեթոպրիմ Ամոքսիցիլին Ամոքսիցիլին+ կլավուլանաթթու	
ԹԹԵՎ ՈՒ ՄԻՋԻՆ ԾԱՆՐՈՒԹՅԱՆ ՊԻԵՆՈՆԵՑԻՏ ԵՎ ՇԱԳԱՆԱԿԱԳԵՂԶԻ ԲՈՐԲՈՔՈՒՍ	
Օֆլոքսացին Ցիպրոֆլոքսացին Լեվոֆլոքսացին	Ցեֆտրիաքսոն Ցեֆոտաքսիմ
ԾԱՆՐ ՊԻԵՆՈՆԵՑԻՏ ԵՎ ՇԱԳԱՆԱԿԱԳԵՂԶԻ ԲՈՐԲՈՔՈՒՍ	
Ցեֆտրիաքսոն կամ ցեֆոտաքսիմ ի հավելումն ամիկացինի	

**Մեծահասակների միպուղիների վարակի վարման
ալգորիթմը ներկայացված է 8-րդ էջում:**

ՆՂՈՒՍՆԵՐ

1. Johansen, T.E., et al. Critical review of current definitions of urinary tract infections and proposal of an EAU/ESIU classification system. *Int J Antimicrob Agents*, 2011. 38 Suppl: 64.
2. Singer, M., et al. The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). *JAMA*, 2016. 315: 801.
3. Zalmanovici Trestioreanu, A., et al., Antimicrobial agents for treating uncomplicated urinary tract infection in women. *Cochrane Database Syst Rev*, 2010(10): p. CD007182.
4. Zalmanovici Trestioreanu, A., et al., Antibiotics for asymptomatic bacteriuria. *Cochrane Database Syst Rev*, 2015. 4: p. CD009534.
5. Strohmeier, Y., et al., Antibiotics for acute pyelonephritis in children. *Cochrane Database Syst Rev*, 2014(7): p. CD003772.
6. Gupta, K., et al., International clinical practice guidelines for the treatment of acute uncomplicated cystitis and pyelonephritis in women: A 2010 update by the Infectious Diseases Society of America and the European Society for Microbiology and Infectious Diseases. *Clin Infect Dis*, 2011. 52(5): p. e103-20.
7. Fosfomycin versus other antibiotics for the treatment of cystitis: a meta-analysis of randomized controlled trials. *J Antimicrob Chemother.* 2010; 65(9):1862-77 (ISSN: 1460-2091), Falagas ME; Vouloumanou EK; Togias AG; Karadima M; Kapaskelis AM; Rafailidis PI; Athanasiou S

ՄԵԾԱՀԱՍԱԿՆԵՐԻ ՄԻԶՈՒՂԻՆԵՐԻ ՎԱՐԱԿԻ (ՄՎ) ՎԱՐՄԱՆ ԱԼԳՈՐԻԹՄ

ԱՏՈՐԻՆ ՄՎ ԱԽՏԱՆՇԱՆՆԵՐԸ՝ դիզուրիա, հաճախակի միզարձակում, միզարձակելու մշտական ցանկություն, ցավ որովայնի ստորին հատվածում կամ կոնքում:

Ստրիպաթեստ

Դրական



Բացասական



Կլինիկական գնահատական դիտարկել հակաբիոտիկային բուժման դրական ու բացասական կողմերը

Բուժել չորս տարբերակներից մեկով.

- 1. Նիտրոֆուրանտոին
- 2. Սուլֆամեթոքսազոլ+Տրիմեթոպրիմ
- 3. Ամոքսիցիլին
- 4. Ամոքսիցիլին+կլավուլանաթաթո



Պացիենտի վիճակը բարելավվում է

Այո



Ավարտել բուժումը

Ոչ



Կատարել մեկի նմուշառում՝ ցանքսի համար և հակաբիոտիկային բուժումը հիմնել մանրէաբանական հետազոտության արդյունքների վրա

ՎԵՐԻՆ ՄՎ ԱԽՏԱՆՇԱՆՆԵՐԸ՝ մեքքի վերին կամ կողային հատվածի ցավեր, սրտխառնոց, փսխում, դող, սարսուռ:

Գնահատել ախտանշանների ծանրությունը և կատարել մեզի նմուշառում՝ ցանքսի համար



Թեթև և միջին ծանրության



Բուժել ցիպրոֆլոքսացինով



Վերջացնել բուժումը

Այո

Պացիենտի վիճակը բարելավվում է



Ծանր



Հոսպիտալացնել և բուժել ցեֆտրիաքսոնով/ցեֆոտաքսիմ + ամիկացինով*

* Հետագա հակաբիոտիկային բուժումը հիմնել մանրէաբանական հետազոտության արդյունքների վրա

Սույն հրապարակումը պատրաստվել է Եվրոպական միության ֆինանսական աջակցությամբ և Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության Եվրոպական տարածաշրջանային գրասենյակի օգնությամբ: Բովանդակության համար պատասխանատվություն է կրում պատասխանատվություն է կրում Առողջապահության նախարարությունը, և պարտադիր չէ, որ այն արտահայտի Եվրոպական միության և Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության տեսակետները

Ուղեցույցը նախատեսված է
ԱԱՊ օղակի մասնագետների
համար