

ვლადიმერ ოზაშვილი, გიორგი დურგლიშვილი, თამარ ებანოიძე,
ნატო დურგლიშვილი, ნინო გრძელიძე

ორსულთა და თანდაყოლილი ათაშანგის დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის კრიტერიუმები

კანისა და ვენსნეულებათა ეროვნული სამეცნიერო ცენტრი; ევროპული უნივერსიტეტი;
“საქართველოს კლინიკები“

Doi: <https://doi.org/10.52340/jecm.2025.06.22>

VLADIMER OZASHVILI, GIORGI DURGLISHVILI, TAMARA EBANOIDZE,
NATO DURGLISHVILI, NINO GRDZELIDZE

CRITERIA FOR THE DIAGNOSIS AND TREATMENT OF SYPHILIS IN PREGNANCY AND CONGENITAL SYPHILIS

National Center of Dermatology and Venereology; European University; JS Georgian clinics

SUMMARY

The increasing incidence of congenital syphilis over the past decades poses a serious public health problem. Consequently, great importance is placed on the diagnosis of syphilis in pregnant women and routine antenatal screening for the infection. Timely detection and adequate treatment of both the mother and the neonate are crucial for preventing a wide range of complications during pregnancy, as well as for the ultimate goal of eliminating congenital syphilis.

Keywords: Syphilis in Pregnancy, Congenital Syphilis, Diagnostic Criteria, Treatment

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მონაცემებით, ყოველწლიურად 1 მილიონზე მეტი ორსული ქალი ინფიცირდება სიფილისით, რაც იწვევს 350 000-ზე მეტ არასასურველ მშობიარობას, მათ შორის მკვდრადშობადობას, ნეონატალურ სიკვდილს და თანდაყოლილ სიფილისს. თანდაყოლილი სიფილისის შემთხვევების ზრდა ბოლო ათწლეულების განმავლობაში, კვლავ რჩება სერიოზულ პრობლემად, როგორც განვითარებად, ასევე ნაკლებად განვითარებად ქვეყნებში. ამიტომ დიდი მნიშვნელობა ენიჭება ორსულთა სიფილისის დიაგნოსტიკას, რომელიც ეფუძნება სავალდებულო სკრინინგს და დადებითი შედეგების დადასტურებას.

სიფილისის გამოვლენის მთავარი თავისებურება ორსულ ქალებში მსუბუქი სიმპტომატიკა ან ასიმპტომატობაა, რაც ართულებს დროულ დიაგნოსტიკასა და მკურნალობას. ვინაიდან ინფექცია შეიძლება მიმდინარეობდეს ფარულად, ორსულობის დროს სიფილისზე სკრინინგი კრიტიკულად მნიშვნელოვანია, რათა დროულად მოხდეს ინფექციის გამოვლენა და ადექვატური მკურნალობა.

იმ შემთხვევაში, თუ ორსულს (სიფილისზე ნამკურნალებს/არანამკურნალებს) მშობიარობის დროს გამოუვლინდება დადებითი არატრეპონემული/ტრეპონემული ტესტის შედეგი და იგი ვერ წარმოადგენს შესაბამის ფორმა №IV-100/ა-ს, აუცილებელია პაციენტის რეფერირება დერმატო-ვენეროლოგთან. ამ დროს კატეგორიულად დაუშვებელია ნეონატოლოგის მიერ ახალშობილისთვის სიფილისის საწინააღმდეგო მკურნალობის დანიშვნა, თანდაყოლილი სიფილისის პიპერდიგნოსტიკის თავიდან ასაცილებლად.

სკრინინგის დროება :

1. **პირველი ანტენატალური ვიზიტი:** ყველა ორსული ქალი უნდა შემოწმდეს სიფილისზე ორსულობის დასაწყისში.
2. **განმეორებითი სკრინინგი:** მაღალი რისკის ჯგუფებში (მაგ. სიფილისის მაღალი გავრცელების მქონე რეგიონებში მცხოვრებნი, ნარკოტიკების მომხმარებლები, სექსუალური, მრავალი სექსუალური პარტნიორის მქონე პირები), დაავადების მაღალი სიხშირით გავრცელების

პირობებში, რეკომენდებულია განმეორებითი სკრინინგი მესამე ტრიმესტრში (28-32 კვირაზე) და მშობიარობისას.

სიფილისის დიაგნოსტიკისათვის გამოიყენება არატრეპონემური და ტრეპონემური სეროლოგიური რეაქციები.

არატრეპონემურ სეროლოგიურ რეაქციაზე დაფუძნებული ტესტები გამოიყენება უფრო სკრინინგისთვის: VDRL (Venereal Disease Research Laboratory) და RPR (Rapid Plasma Reagin) ტესტები. ისინი მარტივი, იაფი და ფართოდ ხელმისაწვდომია. გამოიყენება აქტიულობის მონიტორინგისა და მკურნალობის ეფექტურობის შესაფასებლად (ტიტრის ოთხჯერადი შემცირება წარმატებულ მკურნალობაზე მიუთითებს).

ტრეპონემური ტესტები: FTA-ABS (Fluorescent Treponemal Antibody Absorption), TP-PA (T. pallidum Particle Agglutination), EIA/CIA (Enzyme Immunoassay/Chemiluminescence Immunoassay). ეს ტესტები უფრო სპეციფიკურია და გამოიყენება დადებითი არატრეპონემური ტესტების დასადასტურებლად. ისინი რჩება დადებითი მთელი სიცოცხლის განმავლობაში, მიუხედავად წარმატებული მკურნალობისა, ამიტომ აქტიური ინფექციის მონიტორინგისთვის არ გამოიყენება.

დიაგნოსტიკური ალგორითმი ასეთია: დადებითი არატრეპონემური ტესტი მოითხოვს დადასტურებას ტრეპონემური ტესტით. მნიშვნელოვანია აღინიშნოს, რომ უარყოფითი არატრეპონემური ტესტი არ გამორიცხავს ადრეულ სიფილისს ("ფანჯრის პერიოდი"), სანამ ორგანიზმი ანტისხეულებს გამოიმუშავებს.

თანდაყოლილი სიფილისის დიაგნოსტიკა კომპლექსურია და მოიცავს: 1. დედის ანამნეზს, 2. კლინიკურ შეფასებას და 3. ლაბორატორიულ ტესტებს.

ახალშობილის სეროლოგიური შეფასება უნდა მოხდეს ჭიპლარის სისხლიდან ან პერიფერიული ვენური სისხლიდან. თუმცა უპირატესად მნიშვნელოვანია ახალშობილის ვენური სისხლის აღება, რადგან ჭიპლარის სისხლმა შესაძლოა აჩვენოს დედისგან გადაცემული ანტისხეულები, რაც არ ნიშნავს, რომ ბავშვი ინფიცირებულია.

თანდაყოლილი სიფილისის დიაგნოზი შეიძლება დაესვას ახალშობილს ან მკვდრადშობილს, თუ ის გააჩინა სიფილისით დაავადებულმა დედამ და არის 20 კვირაზე მეტი ასაკის და 500 გრამზე მეტი წონის. ასევე თანდაყოლილი სიფილისის დიაგნოზი შეიძლება დაეუსვას ახალშობილს ან მკვდრადშობილს, თუ ის გააჩინა სიფილისით დაავადებულმა დედამ, რომელსაც არ აქვს ჩატარებული ადექვატური მკურნალობა. ადექვატურად ითვლება მკურნალობა ბენზატინ ბენზილპენიცილინით, რომელიც ჩატარდა მშობიარობამდე მინიმუმ 30 დღით ადრე.

არატრეპონემური ტესტები (VDRL ან RPR): თუ ახალშობილის არატრეპონემური ტესტის ტიტრი $\geq$ დედის ტიტრზე ოთხჯერ, ეს მიუთითებს აქტიურ ინფექციაზე, თუ ახალშობილის ტიტრი დაბალია ან არარეგულარული, შესაძლოა ეს იყოს დედის ანტისხეულების პასიური ტრანსფერი. ამ შემთხვევაში საჭიროა ფრთხილი მონიტორინგი.

ტრეპონემური ტესტები (FTA-ABS, TP-PA): ახალშობილებში ამ ტესტების დადებითი შედეგი შეიძლება ასახავდეს დედის ანტისხეულების პასიურ გადაცემას. ამიტომ, ისინი არ გამოიყენება თანდაყოლილი სიფილისის დიაგნოზის დასადასტურებლად ახალშობილებში, მაგრამ გამოიყენება ინფექციურ აგენტთან კონტაქტის დასადასტურებლად. (რომ შემხებლობა ჰქონდა ბავშვს, არსებობდა ტრეპონემასთან დაკავშირებული რაღაც, მაგრამ ამჟამად აქტიური ინფექცია არ არის). უნდა მოხდეს **კლინიკური შეფასება:** კანის, ლორწოვანის, ძვალ-სახსროვანი სისტემის, ჰეპატოსპლენომეგალიის, ლიმფადენოპათიის ნიშნების შეფასება.

და რაღა თქმა უნდა პირდაპირი გამოვლენის მეთოდები (Direct Detection):

ბნელი ველის მიკროსკოპია (Darkfield Microscopy): თუ ახალშობილს აქვს კანის დაზიანებები ან ლორწოვანი გარსის წყლულები, შესაძლებელია ნიმუშის აღება და მიკროსკოპით ბაქტერიის (*Treponema pallidum*) უშუალო დანახვა.

საჭიროა დაავადებულს ჩაუტარდეს შემდეგი **ლაბორატორიულ კვლევები:**

1. სისხლის სრული ანალიზი: ანემიის, თრომბოციტოპენიის, ლეიკოციტოზის გამოსარიცხად.
2. ღვიძლის ფუნქციური ტესტები: AST, ALT, ბილირუბინი.
3. თავ-ზურგტვინის სითხის (CSF) ანალიზი: ნეიროსიფილისის გამოსარიცხად. CSF VDRL დადებითი შედეგი და/ან მომატებული ცილა (>100 მგ/დლ) და/ან პლეოციტოზი (>5 ლეიკოციტი/მმ³) მიუთითებს ნეიროსიფილისზე.
4. **გრძელი ძვლების რენტგენოგრაფია:** ოსტეოქონდრიტის, მეტაფიზური ცვლილებების ან პერიოსტიტის გამოსავლენად.
5. **თავის ულტრაბგერითი გამოკვლევა:** ნეიროსიფილისის ნიშნების (ვენტრიკულომეგალია, ინფარქტები) გამოსავლენად.
6. **თვალის გამოკვლევა:** ოფთალმოლოგის მიერ.

რაც შეეხება **მკურნალობას ორსულებში:** პენიცილინი - არჩევის ოქროს სტანდარტია. პენიცილინი არის ერთადერთი ანტიბიოტიკი, რომელიც ეფექტურად გადის პლაცენტარულ ბარიერს და მკურნალობს ნაყოფის ინფექციასაც. ორსულობის დროს სიფილისის დიაგნოზის დასმისთანავე დაუყოვნებლივ უნდა დაიწყოს მკურნალობა. ულტრასონოგრაფიით გამოვლენილი პლაცენტის ან ნაყოფის დაზიანება (ჰეპატომეგალია, ასციტი, შესქელებული პლაცენტა და სხვა) არ წარმოადგენს მკურნალობის გადადების მიზეზს.

CDC-ის გაიდლაინების მიხედვით მკურნალობის შემდეგი სქემები არსებობს:

1. **პირველადი, მეორადი ან ადრეული ფარული სიფილისი:** ბენზათინ პენიცილინი G: 2.4 მილიონი ერთეული კუნთში, ერთჯერადი დოზა.
2. **გვიანი ფარული სიფილისი ან უცნობი ხანგრძლივობის სიფილისი:** ბენზათინ პენიცილინი G: 2.4 მილიონი ერთეული კუნთში, კვირაში ერთხელ, 3 დოზა (ჯამში 7.2 მილიონი ერთეული).
3. **ნეიროსიფილისი:** პენიცილინი G წყალხსნარი: 18-24 მილიონი ერთეული დღეში ინტრავენურად, გაყოფილი დოზებით ყოველ 3-4 საათში, 10-14 დღის განმავლობაში. ეს მოითხოვს ჰოსპიტალიზაციას.

პენიცილინზე ალერგიის შემთხვევაში ორსულებს პენიცილინზე ალერგიით უნდა ჩაუტარდეთ დესენსიბილიზაცია და შემდეგ მიიღონ პენიცილინი. სხვა ანტიბიოტიკები (მაგ., ცეფტრიაქსონი, ერითრომიცინი) ნაკლებად ეფექტურია ნაყოფის ინფექციის თავიდან ასაცილებლად და არ არის რეკომენდებული პენიცილინის ალტერნატივად ორსულობის დროს. მკურნალობის დაწყებიდან რამდენიმე საათში შესაძლოა განვითარდეს ცხელება, შემცირება, თავის ტკივილი, მიაღვია. ეს არის სიფილისის მკურნალობისას სპიროქეტების მასობრივი სიკვდილის ე.წ. **იარიშ-ჰერქსჰაიმერის რეაქცია**, რომელმაც ორსულებში შეიძლება გამოიწვიოს საშვილოსნოს შეკუმშვა ან ნაყოფის დისტრესი (ჰიპოქსია/აციდოზი). ეს მდგომარეობა საჭიროებს დამხმარე თერაპიას (მაგ., სიცხის დამწვევი საშუალებებით).

რაც შეეხება **თანდაყოლილი სიფილისის მკურნალობას**, არჩევანი დამოკიდებულია დედის მკურნალობის სტატუსზე და ახალშობილის კლინიკურ და ლაბორატორიულ მონაცემებზე. არჩევის პრეპარატი აქაც პენიცილინია.

სამკურნალო კატეგორიები (CDC-ის გაიდლაინების მიხედვით):

კატეგორია 1: როდესაც აუცილებლად მკურნალობა ესაჭიროება **დადასტურებული ან მაღალი ალბათობის თანდაყოლილი სიფილისით დაავადებულთ**. მკურნალობაში ჩართვის კრიტერიუმებია:

- ახალშობილის კლინიკური ნიშნები (სიფილისური სურდო, გამონაყარი, ჰეპატოსპლენომეგალია, ოსტეოქონდრიტი).
- პათოლოგიური CSF ანალიზი (პლევოციტოზი, მომატებული ცილა, დადებითი CSF VDRL).
- პათოლოგიური ძვლების რენტგენოგრაფია.
- პოზიტიური სისხლის ტესტი *Treponema pallidum*-ის PCR-ზე.
- ახალშობილის VDRL/RPR ტიტრი $\geq$ დედის ტიტრზე ოთხჯერ.
- დედის არასაკმარისი მკურნალობა (მკურნალობა არაადეკვატური დოზით, არა პენიცილინით, მკურნალობის დაწყება მშობიარობამდე 4 კვირაზე ნაკლები ვადით, ან დოკუმენტირებული მკურნალობის არარსებობა).

ასეთ დროს ვიყენებთ შემდგომ მკურნალობის სქემას:

- პენიცილინ G წყლის ხსნარი: 50,000 ერთეული/კგ/დოზა ინტრავენურად ყოველ 12 საათში სიცოცხლის პირველი 7 დღის განმავლობაში, შემდეგ ყოველ 8 საათში 10-14 დღის განმავლობაში.
- პროკაინი-პენიცილინ G: 50,000 ერთეული/კგ კუნთში ერთხელ დღეში 10-14 დღის განმავლობაში (ნეიროსიფილისის გარეშე).

შენიშვნა: პროკაინი-პენიცილინ G არ არის რეკომენდებული ნეიროსიფილისის მქონე ჩვილებისთვის CSF-ში არასაკმარისი შეღწევადობის გამო.

კატეგორია 2: როდესაც მკურნალობა განსახილველია (საუბარია ბენზათინ პენიცილინის ეროვნულ დოზაზე). ამ დროს ახალშობილი ასიმპტომურია, ნორმალური ლაბორატორიული ტესტებით (CSF, ძვლების რენტგენოგრაფია, სისხლის სრული ანალიზი) ან დედა სრულად არის ნამკურნალები სიფილისზე ორსულობის დროს, მაგრამ მკურნალობა დასრულდა მშობიარობამდე 4 კვირაზე ნაკლები ვადით, დედის ტიტრის შემცირება არ იყო ოთხჯერადი, დედის მკურნალობა ჩატარდა პენიცილინზე ალერგიის გამო, ალტერნატიული პრეპარატით, დედის პარტნიორი არ ყოფილა ნამკურნალები. ასეთ დროს მკურნალობის სქემა: ბენზათინ პენიცილინ G: 50,000 ერთეული/კგ კუნთში ერთჯერადი დოზა.

კატეგორია 3: როდესაც მკურნალობა არ არის საჭირო (მონიტორინგი საკმარისია)

- ახალშობილი ასიმპტომურია და აქვს ნორმალური ფიზიკური გამოკვლევის შედეგები.
- დედის სეროლოგიური ტესტირება და მკურნალობა ადეკვატური იყო: დედა სრულად ნამკურნალებია ორსულობამდე ან ორსულობის ადრეულ ეტაპზე (მშობიარობამდე ≥ 4 კვირით ადრე); დედის VDRL/RPR ტიტრი ოთხჯერ შემცირდა; ახალშობილის VDRL/RPR ტიტრი დედის ტიტრზე დაბალია ან იგივეა (რაც, როგორც აღვნიშნეთ მიუთითებს პასიური გადაცემაზე).

მკურნალობის შემდეგ საჭიროა განხორციელდეს შემდგომი მონიტორინგი:

სეროლოგიური მონიტორინგი: არატრეპონემური ტესტები (VDRL/RPR) ყოველ 2-3 თვეში, სანამ ტიტრი არ გახდება არარეაქტიული ან არ შემცირდება ოთხჯერ. ტიტრის ზრდა ან არასაკმარისი შემცირება (2-ჯერადი შემცირება 6-12 თვის განმავლობაში) მიუთითებს რეინფექციაზე ან არასაკმარისი მკურნალობაზე.

CSF მონიტორინგი: ნეიროსიფილისის მქონე პაციენტებში CSF ანალიზი უნდა განმეორდეს ყოველ 6 თვეში, სანამ პარამეტრები (ცილა, ლეიკოციტები) ნორმალიზდება და RPR არ გახდება უარყოფითი.

რეგულარული კლინიკური შეფასება: ყურადღება უნდა მიექცეს გვიანი თანდაყოლილი სიფილისის ნიშნებს.

მკურნალობის შემდეგ ორსულობის მართვა და მონიტორინგი: მკურნალობის შემდეგ, ორსული ქალის მდგომარეობის და ნაყოფის ჯანმრთელობის მონიტორინგი გადამწყვეტია. მკურნალობის ეფექტურობის შეფასება ხდება შემდეგნაირად: არატრეპონემური ტესტების

(VDRL/RPR) ტიტრების მონიტორინგი უნდა მოხდეს მკურნალობის შემდეგ 3, 6, 12 და 24 თვის განმავლობაში. ტიტრის ოთხჯერადი შემცირება (მაგ., 1:32-დან 1:8-მდე) წარმატებულ მკურნალობაზე მიუთითებს. თუ ტიტრები არ მცირდება, საჭიროა ხელახალი შეფასება და შესაძლოა განმეორებითი მკურნალობა.

ულტრაბგერითი მონიტორინგი: ნაყოფის ულტრაბგერითი გამოკვლევა მნიშვნელოვანია ნაყოფის სიფილისის ნიშნების (როგორიცაა ჰეპატომეგალია, ასციტი, პლაცენტის გასქელება) გამოსავლენად. თუმცა, მნიშვნელოვანია გვახსოვდეს, რომ ნაყოფის დაზიანება შეიძლება არ იყოს ულტრაბგერითი ნიშნებით გამოვლენილი, ამიტომ ნორმალური ულტრაბგერითი შედეგები არ გამოორიცხავს ინფექციას.

ნაყოფის **ინვაზიური დიაგნოსტიკა** (იშვიათად, მხოლოდ მაღალი ეჭვისას) მოიცავს ამნიოცენტეზს, ნაყოფის თავ-ზურგტვინის სითხის (PCR *Treponema pallidum*-ზე) ან ჭიპლარის სისხლის აღებას და გამოკვლევას.

მნიშვნელოვანია **მშობიარობის მეთოდი**: სიფილისი არ არის საკეისრო კვეთის ჩვენება. ვაგინალური მშობიარობა დასაშვებია, თუ არ არის სხვა სამეანო ჩვენება.

ორსულთა სიფილისის და შესაბამისად, თანდაყოლილი სიფილისის **პრევენცია** არის საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პრიორიტეტი და მოიცავს მრავალმხრივ მიდგომას როგორც არის:

- **ადეკვატური ანტენატალური მოვლა:** ორსულთა დროული რეგისტრაცია და რეგულარული ვიზიტები ანტენატალურ კლინიკებში.
- **სავალდებულო და მრავალჯერადი სკრინინგი:** ყველა ორსული ქალის სკრინინგი სიფილისზე ორსულობის დასაწყისში და, საჭიროების შემთხვევაში, მესამე ტრიმესტრში და მშობიარობისას.
- **დროული და ადეკვატური მკურნალობა:** სიფილისით ინფიცირებული ორსულების დაუყოვნებელი და სრული თერაპია პენიცილინით.
- **სექსუალური პარტნიორების მართვა:** ინფიცირებული დედების სექსუალური პარტნიორების იდენტიფიცირება, ტესტირება და მკურნალობა რეინფექციის თავიდან ასაცილებლად.
- **განათლება და ცნობიერების ამაღლება:** საზოგადოების, განსაკუთრებით კი რეპროდუქციული ასაკის ქალების ინფორმირება სიფილისის რისკებისა და პრევენციის შესახებ.
- **ადგილობრივი და ეროვნული პროგრამები** თანდაყოლილი სიფილისის აღმოსაფხვრელად, რომელიც მოიცავს ტესტირების ხელმისაწვდომობას, მკურნალობის უზრუნველყოფას და მონიტორინგის სისტემებს.

ამგვარად, იმისათვის რომ თავიდან იქნეს აცილებული მთელი რიგი გართულებები ორსულთა და ახალშობილის სიფილისის დროს, საჭიროა ჩატარდეს ორსულთა მონიტორინგი დაავადების დროული გამოვლენის, ორსულთა და ახალშობილის შემდგომი მკურნალობისათვის.

გამოყენებული ლიტერატურა:

1. USPSTF Final Recommendation (2025): Screening for Syphilis Infection in Pregnant Persons — Grade A; ადრეული უნივერსალური სკრინინგი. [USPSTF](#)
2. IUSTI European Guideline on the Management of Syphilis (2020) — სტადიები, მკურნალობა; [USPSTF](#)
3. MOH Singapore Best Practice Guidelines: Syphilis (2024) — stage-by-stage MTCT რისკების რიცხვითი დიაპაზონები [CDC](#)
4. WHO — Mother-to-Child Transmission of Syphilis (Updated figures, 2022→) — 700,000 CS შემთხვევა და 390,000 ABO 2022 წელს. [World Health Organization](#)
5. Korenromp EL, et al. PLOS ONE : [PLOS](#)
6. NCHS/CDC Data Brief #496 (Feb 2024) — აშშ-ში დედების სიფილისის მკვეთრი ზრდა (პირდაპირი ციფრები, გრაფიკები). [CDC](#)

7. StatPearls (2024): Congenital and Maternal Syphilis — გვიანი ნიშნები (ჰაჩინსონის ტრიადა და სხვ.), რეზიუმე. [NCBI](#)
8. Comprehensive review: Congenital Syphilis—An Illustrative Review (2023, PMC) — გვიანი ნიშნები, პათოფიზიოლოგია, პრაქტიკული სქემები. [PMC](#)

*ვლადიმერ ოზაშვილი, გიორგი დურგლიშვილი, თამარ ებანოიძე,
ნატო დურგლიშვილი, ნინო გრძელიძე*

ორსულთა და თანდაყოლილი ათაშანგის დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის კრიტერიუმები
კანისა და ვენსნეულებათა ეროვნული სამეცნიერო ცენტრი; ევროპული უნივერსიტეტი;
“საქართველოს კლინიკები“

რეზიუმე

ბოლო ათწლეულების განმავლობაში თანდაყოლილი სიფილისის შემთხვევების ზრდა საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სერიოზულ პრობლემას წარმოადგენს. შესაბამისად, დიდი მნიშვნელობა ენიჭება ორსულ ქალებში სიფილისის დიაგნოზს და ინფექციის რუტინულ ანტენატალურ სკრინინგს. დედისა და ახალშობილის დროული გამოვლენა და ადეკვატური მკურნალობა გადამწყვეტია ორსულობის დროს გართულებების ფართო სპექტრის პრევენციისთვის, ასევე თანდაყოლილი სიფილისის აღმოფხვრის საბოლოო მიზნისთვის.

ფ