



ՄԱԿ-ի Բնակչության
հիմնադրամ



ՀՀ առողջապահության
նախարարություն

ՆԱԽԱԴԵՌԱՀԱՍՄՅԻՆ ԵՎ ԴԵՌԱՀԱՍՄՅԻՆ ՏԱՐԻՔՈՒՄ ԲԱԿՏԵՐԻԱԼ ՎԱԳԻՆՈՉԻ ԱԽՏՈՐՈՇՈՒՄԸ ԵՎ ԲՈՒԺՈՒՄԸ

Կլինիկական ուղեցույց

Նոյեմբեր 2017

ԱՄՓՈՓՈՒՄ

Նպատակ

Ուղեցույցի նպատակն է բարելավել նախադեռահասային և դեռահասային տարիքում բակտերիալ վագինոզի ախտորոշումը և բուժումը, օպտիմալացնել հակաբիոտիկների կիրառումը, տրամադրել ապացուցողական խորհուրդներ՝ վագինոզի կանխարգելման և արդյունավետ վարման նպատակով, բարելավել տվյալ խմբի պացիենտների վարման ելքերը: Ուղեցույցը չի հակասում, այլ հիմնվելով ապացուցողական բժշկության արդի եվրոպական, ամերիկյան, կանադական, ավստրալիական գրականության վրա, լրացնում է գործող չափորոշիչները, հատկապես անդրադառնալով այնպիսի կլինիկական խնդիրների, որոնք լուսաբանված չեն առկա փաստաթղթերում: Ուղեցույցը չի ներառում տրիխոմոնոզի և սնկային վագինոզի դեպքերի վարումը:

Մեթոդաբանություն

Սույն կլինիկական ուղեցույցը մշակվել է ՄԱԿ-ի Բնակչության հիմնադրամի «Երիտասարդների առողջության և մասնակցության խթանում» ծրագրի շրջանակներում: Ուղեցույցի աղբյուր են հանդիսացել Մեծ Բրիտանիայի սեռական առողջության և ՄԻԱՎ-ի ասոցիացիայի, Մանկաբարձ-գինեկոլոգների ամերիկյան քոլեջի, Հյուսիսային Ամերիկայի մանկական և դեռահասային գինեկոլոգիայի ընկերության, Կանադայի մանկաբարձների և գինեկոլոգների ընկերության, Ավստրալիայի սեռական առողջության դաշինքի, ԱՄՆ Մանկաբուժական ակադեմիայի 2015-2017 թթ. կլինիկական ուղեցույցները, ինչպես նաև PubMed և UpToDate շտեմարանների արդի տվյալները: Տեղեկատվության որակը գնահատելիս և ցուցումների ուժը որոշելիս սկզբնաղբյուր հանդիսացող փաստաթղթերում հիմք է ընդունվել Կանադայի գինեկոլոգների և մանկաբարձների կազմակերպության (SOGC), ինչպես նաև Մեծ Բրիտանիայի սեռական առողջության և ՄԻԱՎ-ի ասոցիացիայի (BASHH) կողմից առաջարկվող դասակարգումը (տես Հավելված 1): Ուղեցույցի տեղայնացման գործընթացը իրականացվել է համաձայն միջազգային ADAPTE մեթոդաբանության: Հիմնական պնդումների վերջում նշված են ապացուցողականության աստիճանները՝ ըստ վերոհիշյալ աղբյուրների, համաձայն GRADE համակարգի: Կլինիկական ուղեցույցի դրույթները քննարկվել և հավանության են արժանացել ՀՀ մանկաբարձ-գինեկոլոգների և նեոնատոլոգների ասոցիացիայի կողմից:

Սույն փաստաթուղթը ենթակա է պարբերական թարմացումների և/կամ խմբագրման յուրաքանչյուր 5 տարին մեկ կամ ավելի հաճախակի՝ կախված տվյալ ոլորտում նոր գիտազործնական տեղեկատվության ի հայտ գալուց, ինչպես նաև ուղեցույցի ներդրման արդյունքում քաղած դասերից: Ուղեցույցը նախատեսված է հիվանդանոցային և արտահիվանդանոցային օղակում գործող մանկական գինեկոլոգների համար:

Արդյունքներ

Սույն ուղեցույցում ներկայացված են ԲՎի վարման վերաբերյալ ապացուցողական խորհուրդներ, որոնք օգնում են կլինիկական գործունեությունում որոշումներ կայացնելիս:

Հետևություններ

Ապացույցների վրա հիմնված կլինիկական խորհուրդները կօգնեն բարելավել բակտերիալ վագինոզի վարման ելքերը:

Բանալի բառեր

Ուղեցույց, պրեբուբերտատ, դեռահաս աղջիկներ, ԲՎ, ախտորոշում, հակաբակտերիալ բուժում, մետրոնիդազոլ, կանխարգելում:

Պատասխանատու համակարգող

Աբրահամյան Ռ.Ա., ՀՀ ԳԱԱ ակադեմիկոս, բ.գ.դ, պրոֆ., ՀՀ ԱՆ գլխավոր մանկաբարձ գինեկուլոգ, ՎԱՊՄԳՀԻ տնօրեն

Աշխատանքային խմբի անդամներ

Մարինա Մելքունովա, դեռահասային առողջության ծրագրերի համակարգող, դեռահասային բժիշկ, «Արաբկիր» բժշկական համալիր՝ Երեխաների և դեռահասաների առողջության ինստիտուտ,

Նազելի Սարգսյան, ՀՀ ԱՆ գլխավոր մանկական գինեկուլոգ, ԵՊԲՀ թիվ 2 մանկաբարձության և գինեկուլոգիայի ամբիոնի ասիստենտ:

Շահերի բախման հայտարարագիր և ֆինանսավորման աղբյուրներ

Ուղեցույցի մշակման և տպագրման աշխատանքները ֆինանսավորվել են ՄԱԿ-ի Բնակչության հիմնադրամի կողմից: Ֆինանսավորող կազմակերպությունը չի ունեցել որևէ ազդեցություն փաստաթղթի բովանդակության կամ ձևավորման վրա: Աշխատանքային խմբի անդամները չեն ունեցել որևէ կոմերցիոն շահագրգռվածություն կամ այլ շահերի բախում դեղագործական ընկերությունների կամ բուժապարագաներ արտադրող/վաճառող ընկերությունների հետ:

Շնորհակալական խոսք

Աշխատանքային խումբը իր երախտագիտությունն է հայտնում ուղեցույցների մշակման աշխատանքներին իրենց աջակցությունը, խորհրդատվությունը և մասնագիտական գնահատականը տրամադրած գործընկերներին: Հատուկ շնորհակալություն ենք հայտնում Վ. Գրիգորյանին:

Կլինիկական ուղեցույցը ապացուցողական բժշկության վրա հիմնված ուղղորդող փաստաթուղթ է, որն օգնում է կայացնել գիտականորեն հիմնավորված որոշումներ՝ տվյալ հիվանդության կամ կլինիկական վիճակի վարման վերաբերյալ: Այնուամենայնիվ, որևէ կլինիկական ուղեցույց չի կարող ընդգրկել մասնավոր դեպքերի բոլոր հնարավոր տարբերակները: Ուղեցույցում ներառված ցուցումները դեպքի վարման կամ բուժման բացառիկ եղանակներ չեն պարտադրում: Դրանք պետք է գնահատվեն, հաշվի առնելով պացիենտի անհատական կարիքները, ինչպես նաև բուժհաստատության հնարավորությունները: Երբ պացիենտի դեպքը դուրս է ուղեցույցի շրջանակներից, ուղեցույցն օգտագործող բուժաշխատողն ինքն է պատասխանատվություն ստանձնում վարման պլանի մշակման և նեղ մասնագետի օգնությանը դիմելու անհրաժեշտության մասին որոշում կայացնելու համար:

© ՄԱԿ-ի Բնակչության հիմնադրամ, 2017

Ուղեցույցում արտահայտված կարծիքները հեղինակային են և կարող են չհամընկնել ՄԱԿ-ի Բնակչության հիմնադրամի տեսակետին:

ՀԱՊԱՎՈՒՄՆԵՐ

ԱՄՆ	Ամերիկայի Միացյալ Նահանգներ
ԱՆ	Առողջապահության նախարարություն
ԲՎ	Բակտերիալ վագինոզ
ԵԴԱԻ	Երեխաների և դեռահասների առողջության ինստիտուտ
ԵՊԲՀ	Երևանի պետական բժշկական համալսարան
ՄԱԿ	Միավորված ազգերի կազմակերպություն
ՄԻԱՎ	Մարդու իմունային անբավարարության վիրուս
ՍՃՓՎ	Սեռական ճանապարհով փոխանցվող վարակներ

ԲՈՎԱՆ ԴԱԿՈՒԹՅՈՒՆ

Նախաբան	7
Տեղեկատվության որոնման և գնահատման մեթոդաբանություն	7
Պաթոգեննեզ.....	7
Ծագումնաբանություն.....	8
Կլինիկական դրսևորումներ	9
Ախտորոշում	10
Բուժում.....	10
Կրկնվող բակտերիալ վագինոզ	12
Հավելված 1. Կանադայի գինեկոլոգների և մանկաբարձների կազմակերպության կողմից առաջարկված ապացույցների դասակարգման համակարգ	14
Հավելված 2. Գրամ-ներկված հեշտոցային քսուքների սանդղակավորման համակարգ (0-10)	15
Գրականություն.....	16

ՆԱԽԱԲԱՆ

Բակտերիալ վագինոզը (ԲՎ) նախադեռահասային (պրեպուբերտատ) և դեռահասային տարիքի աղջիկների, ինչպես նաև վերարտադրողական տարիքի կանանց մոտ հեշտոցային ոչ նորմալ արտադրության ամենատարածված պատճառն է [1,2,3,8,9,11,12,13]: Նախադեռահասային տարիքի աղջիկների շրջանում ոչ սպեցիֆիկ վուլվովագինիտը հանդիսանում է վուլվովագինիտների 25-75% [1,2]: Դեռահասային տարիքի աղջիկների շրջանում վագինիտները կրում են սպեցիֆիկ և ոչ սպեցիֆիկ բնույթ: Սեռական ճանապարհով փոխանցվող վարակները կարող են հանդիսանալ սպեցիֆիկ վագինիտների պատճառ, իսկ մաշկի հիվանդությունները, հոտավետ օճառների օգտագործումը, օտար մարմինը՝ ոչ սպեցիֆիկ վագինիտների պատճառ [1,2,3]: Համաձայն ԱՄՆ Ազգային առողջապահական և սնուցման հետազոտության տվյալների, կանանց 29%-ի և 14-19 տարեկան դեռահասների 23%-ի շրջանում ախտորոշվում է ԲՎ [1]: ԲՎ-ի տարածվածությունը հղի և ոչ հղի կանանց մոտ նույնն է [12]: ԲՎ-ն ասոցացվում է վաղաժամ ծննդաբերության, ինքնաբեր վիժման, հետծննդաբերական էնդոմետրիտի, պտղաթաղանթների վաղաժամ պատռման հետ [5,12]:

ՏԵՂԵԿԱՏՎՈՒԹՅԱՆ ՈՐՈՆՄԱՆ ԵՎ ԳՆԱՀԱՏՄԱՆ ՄԵԹՈԴԱԲԱՆՈՒԹՅՈՒՆ

Ուղեցույցի աղբյուր են հանդիսացել Մեծ Բրիտանիայի սեռական առողջության և ՄԻԱՎ-ի ասոցիացիայի, ԱՄՆ Մանկաբուժական ակադեմիայի, Մանկաբարձ-գինեկոլոգների ամերիկյան քոլեջի, Հյուսիսային Ամերիկայի մանկական և դեռահասային գինեկոլոգիայի ընկերության, Կանադայի մանկաբարձների և գինեկոլոգների ընկերության, Ավստրալիայի սեռական առողջության դաշինքի 2015-2017 թթ. կլինիկական ուղեցույցները, ինչպես նաև PubMed և UpToDate շտեմարանների արդի տվյալները: Տեղեկատվության որոնումը կատարվել է անգլերեն լեզվով մինչև 2017թ. հրապարակված փաստաթղթերի միջև, բանալի բառերի միջոցով (“bacterial vaginosis”, “vaginitis”, “vulvovaginitis”, “adolescent girls”, “prepubertal age”, “clinical guidelines”): Տեղեկատվության որակը գնահատելիս և ցուցումների ուժը որոշելիս սկզբնաղբյուր հանդիսացող փաստաթղթերում հիմք է ընդունվել Կանադայի գինեկոլոգների և մանկաբարձների կազմակերպության (SOGC), ինչպես նաև Մեծ Բրիտանիայի սեռական առողջության և ՄԻԱՎ-ի ասոցիացիայի (BASHH) կողմից առաջարկվող դասակարգումը (Տես Հավելված 1): Ուղեցույցի տեղայնացման գործընթացը իրականացվել է համաձայն միջազգային ADAPTE մեթոդաբանության: Հիմնական պնդումների վերջում նշված են ապացուցողականության աստիճանները՝ ըստ վերոհիշյալ աղբյուրների, համաձայն GRADE համակարգի:

ՊԱԹՈԳԵՆԵԶ

Նախադեռահասային տարիքի աղջիկների մոտ սեռական փոքր շուրթերը դեռ լավ զարգացած չեն, սեռական մեծ շուրթերի ադիպոզ հյուսվածքը նվազագույն է, հեշտոցի լորձաթաղանթը հիպոէսթրոգեն է և բարակ, իսկ pH հիմնային է (pH 7): Հիմնային միջավայրը նպաստում է լակտոբացիլների քանակի նվազեցմանը [1,2,3]: Այս ամենը, ինչպես նաև աղջիկների սխալ հիգիենան (միզարձակությունը լարված ոտքերով, միզարձակությունից հետո չսրբվելը, աղիները դատարկելուց հետո չլվացվելը կամ սխալ սրբվելը) նպաստում է ֆեկալ մանրէների գերաճի: Վագինիտների զարգացմանը և

սրացմանը նպաստում են նաև նեղ տաբատները, սինթետիկ ներքնազգեստը, հոտավետ օճառներով լվացումները: Քրոնիկ մաստուրբացիան և սեռական բռնությունը մանկական և դեռահասային տարիքում կարող են դառնալ սպեցիֆիկ և ոչ սպեցիֆիկ վուլվովագինիտների զարգացման պատճառ[1,2,3]: Դեռահաս աղջիկների շրջանում էսթրոգենների մակարդակը ավելի բարձր է, և հեշտոցի pH-ը թթվային է՝ շնորհիվ գլիկոգեն արտադրող լակտոբացիլների: Դեռահասային տարիքի աղջիկներին բնորոշ են ինչպես սպեցիֆիկ, այնպես էլ ոչ սպեցիֆիկ վուլվովագինիտները, ԲՎները[1,2,3]:

ԾԱԳՈՒՄՆԱԲԱՆՈՒԹՅՈՒՆ

ԲՎ-ն՝ բազմամանրէային կլինիկական համախտանիշ է, որի պատճառն է հեշտոցային միկրոբիոտայում լակտոբացիլների փոխարինումը բազմաթիվ անաէրոբ մանրէներով[9,10]: Սովորաբար, հեշտոցը, որտեղ pH-ը պահպանվում է 4.5-ից ցածր, կազմված է աէրոբ և անաէրոբ բակտերիաներից: Լակտոբացիլի պարունակությունը գերակշռում է (95% ավել) և ջրածնի պերոքսիդ արտադրելով պաշտպանում է վարակներից[4,9,10,11,12]: ԲՎ-ի դեպքում հեշտոցային հեղուկի մեջ pH-ը բարձրանում է 4.5-ից մինչև 6.0, ընդ որում ջրածնի պերոքսիդ արտադրող լակտոբացիլները կարող են առկա լինել, սակայն ֆլորայում գերակշռում են նորմալից մինչև 1000 անգամ շատ անաէրոբ և պայմանական անաէրոբ մանրէներ՝ *Gardnerella vaginalis*, *Prevotella* spp., *Mycoplasma hominis*, *Mobiluncus* spp. և այլ ԲՎ-ասոցացված մանրէներ[11]: Մոլեկուլային մեթոդներով իրականացվող վերջին տարիների հետազոտությունները հայտնաբերել են այլ տեսակներ, օրինակ՝ *Atopobium vaginalis*, *Clostridiales* spp., *Leptotrichia* spp., *Sneathia* spp.: Էստրոգենային ստատուսը շատ կարևոր դեր է խաղում հեշտոցի նորմալ վիճակ ապահովելու հարցում: Նախադեռահասային (պրեպուբերտատ) և հետդաշտանային վիճակում հեշտոցի էպիթելիումը բարակ է, և pH-ը սովորաբար 4.7 կամ ավելի բարձր է: Հեշտոցի ֆլորան այդ տարիքում կարող է պարունակել տարբեր մանրէներ, այդ թվում մաշկի և ֆեկալ ֆլորայից[6]: Վերարտադրողական տարիքում էսթրոգենների արտադրությունը նպաստում է հեշտոցում լակտոբացիլների առկայությանը, ինչն իր հերթին բերում է կաթնաթթվի արտադրությանը և pH-ի իջեցմանը մինչև 4.5 և ցածր [6,8,9,10]:

ԲՎ-ի ոչ ինֆեկցիոն պատճառներից են.

- առատ ֆիզիոլոգիական արտադրություն,
- օտար մարմին,
- սրատուտ,
- հեշտոցային պոլիպ,
- ալերգիկ դերմատիտ,
- համակարգային հիվանդություններ, քրոնիկ հիվանդություններ,
- դեպլամատիվ բորբոքային վագինիտ,
- վիրուսային ծագման վուլվայի խոցեր, հիմնականում 10-15 տարեկան աղջիկների շրջանում,
- սկլերոտիկ ատրոֆիկ որգի,
- ֆիստուլա, պոլիպ, միզուկի էկտոպիա[3,5,7,11]:

Ռիսկի գործոններից են համարվում.

- ցնցուղը,
- օրալ սեռական հարաբերությունը,
- հաճախակի զուգընկեր փոխելը,
- պահպանակ օգտագործելու սովորույթի պակասը,
- սպերմիցիդների օգտագործումը,
- ծխելը,
- ՍՃՓՎ-ի՝ խլամիդիայի կամ հերպեսի առկայությունը,
- սևամորթ ռասան [5,11,12]
- ավելորդ քաշը [16]:

Ներկայումս ԲՎ-ն չի համարվում սեռական ճանապարհով փոխանցվող վարակ (ՍՃՓՎ), բայց ասոցացվում է սեռական ակտիվության հետ [12]:

ՎԼԻՆԻԿԱԿԱՆ ԴԻՍԵՎՈՐՈՒՄՆԵՐ

- Ձկան հոտ արձակող հեշտոցային արտադրություն:
- Նոսր, սպիտակ, համասեռ արտադրություն, որը ծածկում է հեշտոցի և նախամուտքի պատերը:
- Սովորաբար չի ուղեկցվում բորբոքման նշաններով, ցավով, քորով կամ գրգռվածությամբ, բայց երբեմն հնարավոր են այդ ախտանշանների թեթև, անգամ աննշան արտահայտություններ:
- Նախադեռահասային տարիքի աղջիկների մոտ հաճախ նկատվում է այրոց, արտադրություն, երբեմն՝ արյունային արտադրություն: Դեռահաս աղջիկները գանգատվում են քորի, այրոցի զգացումից, արտադրությունից, դիզուրիայից: Կանանց գրեթե 50%-ը ասիմպտոմատիկ են տանում [1,2,3,4,5,6,8,9,10,11,13]:
- Գոյություն ունի նաև հեշտոցային քոր առանց արտադրության, որի պատճառներն են հանդիսանում կոնտակտային կամ ալերգիկ դերմատիտը՝ օճառների, պահպանակների օգտագործման պատճառով, մաշկային հիվանդությունները, պսորիազը [1,2,3,4,5,6,8,9,10,11,13]:
- ԲՎ-ն չի փոխանցվում սեռական ճանապարհով, բայց դրա, ՍՃՓՎ-ների և այլ սեռական վարակների միջև գոյություն ունի կապ [11]:
- ԲՎ-ն մեծացնում է ՄԻԱՎ-ով կամ այլ սեռավարակներով վարակվելու ռիսկը [5,10,11]:
- ԲՎ-ն կարող է գոյակցել ոչ նորմալ արտադրության այլ պատճառների՝ կանդիդիազի, տրիխոմոնիազի և ցերվիցիտի հետ [12]:
- Հնարավոր է ԲՎ-ի կրկնություն 3 ամսվա ընթացքում 30% դեպքերում [11,13]:
- **Սեռական կյանքով ապրող դեռահասների շրջանում ԲՎ-ի առկայության դեպքում անհրաժեշտ է հետազոտվել այլ սեռավարակների նկատմամբ [6]:**

ԱԽՏՈՐՈՇՈՒՄ

Անհրաժեշտ է մանրակրկիտ հավաքել հիվանդության և կյանքի անամնեզ՝ վաղումների հաճախականությունը, օճառների օգտագործումը, ներվազումները, հակաբիոտիկների ընդունումը, դաշտանային ցիկլի տևողությունը, արտադրության բնույթը, գույնը, հոտը, բորի և այրոցի զգացումը հեշտոցում, դիզուրիկ երևույթներ, սեռական կյանքով ապրող կանանց և աղջիկների մոտ՝ դիսպարեունիա, սեռական զուգընկերների քանակը, սեռական բռնությունը[6]:

ԲՎ-ն ախտորոշվում է կլինիկորեն և /կամ քսուքի մանրէաբանական հետազոտության հիման վրա[12,13]:

Գոյություն ունի 2 մոտեցում.

- Ամսելի չափանիշները. 4 չափանիշներից առնվազն 3-ի առկայությունը պարտադիր է ախտորոշումը հաստատելու համար:
 - Նոսր, սպիտակ, համասեռ արտադրություն:
 - Մանրադիտակը ցույց է տալիս բանալի բջիջներ՝ հեշտոցի էպիթելային բջիջներ, որոնք այնպես են ծածկված բակտերիաներով, որ պերիֆերիկ սահմանները մթնած են:
 - Վուլվայի հեղուկի pH-ը մեծ է 4.5-ից:
 - Չկան հոտի արձակում 10% ալկալիում (KOH) ավելացնելիս (դրական հոտառական թեստ):
- Գրամի մեթոդով մշակված քսուք, որը գնահատվում է Hay/Ison կամ Նուջենթի չափանիշներով:

Hay/Ison չափանիշները սահմանվում են հետևյալ կերպ.

1-ին աստիճան (նորմալ). Լակտոմանրէային մորֆոտիպերը գերակշռում են:

2-րդ աստիճան (միջին). Առկա է խառը ֆլորա լակտոմանրէային որոշակի քանակությամբ, ինչպես նաև Gardnerella կամ Mobilinkus:

3-րդ աստիճան (ԲՎ). Հիմնականում Gardnerella կամ Mobilinkus առկայություն, իսկ լակտոմանրէն քիչ է, կամ բացակայում է:

Կան լրացուցիչ աստիճաններ, որոնք չեն հարաբերակցվում կլինիկական հատկանիշների հետ. **0 աստիճանում ոչ մի մանրէ առկա չէ, 4-րդ աստիճանում գրամ - դրական կոկն է գերակշռում:**

Նուջենթի միավորը ստացվում է մանրէային մորֆոտիպերի հարաբերական համամասնությունը 0-10 սանդղակով գնահատելու արդյունքում:

ԲՎ-ն ախտորոշվում է 7 և բարձր միավորի դեպքում: 0-3 միավորը դիտարկվում է նորմալ, 4-6 միավոր՝ միջին[1,2,3,4,5,6,8,9,10,11,12,13]:

ԲՈՒԺՈՒՄ

Բուժումը ցուցվում է ախտանշաններ ունեցող աղջիկներին/կանանց, ինչպես նաև վիրահատական միջամտության ենթարկվող աղջիկներին/կանանց: Ասիմպտոմատիկ ընթացքի դեպքում բուժումը ցուցված է վաղաժամ ծննդաբերության վտանգ ունեցող հղի կանանց, ներարգանդային պարոյր տեղադրելուց առաջ, վիրահատական միջամտության ենթարկվող աղջիկներին/կանանց[5,10,12]:

Նշանակումներ

1-3 տարեկան աղջիկներ՝ մետրոնիդազոլ 50 մգ բերանացի՝ օրական 3 անգամ, 7 օր
3-7 տարեկան աղջիկներ՝ մետրոնիդազոլ 100 մգ բերանացի՝ օրական 2 անգամ, 7 օր
7-10 տարեկան աղջիկներ՝ մետրոնիդազոլ 100 մգ բերանացի՝ օրական 3 անգամ, 7 օր
10 տարեկան և ավել՝ մետրոնիդազոլ 400 մգ բերանացի՝ օրական 2 անգամ, 7 օր:
կամ

- *Մետրոնիդազոլ 2 գ՝ մեկ անգամ*

Նշում. Մետրոնիդազոլի 0.5% գելը և կլինդամիցինի 2% կրեմը լիզենզավորված չեն երեխաների բուժման համար[15]:

Դեռահասների շրջանում բուժումը հետևյալն է.

- 10 տարեկան և ավել՝ մետրոնիդազոլ 400 մգ բերանացի՝ օրական 2 անգամ, 7 օր:

կամ

- *Մետրոնիդազոլի ներհեշտոցային գել (0.75%)՝ 5 գ, 5 օր, օրական 1 անգամ:*

կամ

- *Կլինդամիցինի ներհեշտոցային կրեմ (2%)՝ 5 գ, 7 օր, օրական 1 անգամ երեկոյան[1, 6, 11,12]:*

Այլընտրանքային նշանակումներ.

- *Կլինդամիցին 300 մգ, 7 օր, օրական 2 անգամ[1, 6, 11,12,14]:*
- *Մետրոնիդազոլ 2 գ՝ մեկ անգամ:*

Մետրոնիդազոլի ներհեշտոցային նշանակումները նույնպես արդյունավետ են, ինչպես որ բերանացի նշանակումները[1,11]:

Վերահսկվող փորձարկումներում այս բոլոր բուժումները 4 օր անց ցույց են տվել 70-80% բուժման ելք, որոնց ժամանակ կիրառվել են պլացեբոներ կամ համեմատվել են *Մետրոնիդազոլի* հաբերի հետ: 2գ միանգամյա չափաբաժինը կարող է մի փոքր քիչ արդյունավետ լինել 4 շաբաթ անց զննման դեպքում: *Մետրոնիդազոլով* բուժումը սովորաբար հեշտ տանելի է և մատչելի:

Ոչ հակաբիոտիկ հիմքով բուժումը պրոբիոտիկ լակտոմանրէային կամ կաթնաթթվային պատրաստուկներով դեռ չեն տվել կայուն արդյունավետություն, որպես ԲՎ-ի բուժում և դրանց կիրառման առնչությամբ ոչ մի խորհուրդ չի կարող տրվել այս պահին: [11]:

Մետրոնիդազոլ ընդունելիս անհրաժեշտ է հրաժարվել ալկոհոլից դիսուլֆիրամանման ռեակցիայի առաջացման հավանականության պատճառով: Թեև վտանգի մասին տվյալներ գոյություն չունեն, սակայն այս պահին դա խորհուրդ չի տրվում: Դիսուլֆիրամային ռեակցիայի նշաններն են. սրտխառնոց, փսխումներ, ցնցումներ, տախիկարդիա, դժվարաշնչություն:

Կլինդամիցինի քսուքը կարող է թուլացնել պահպանակը և կանանց դիաֆրագման, ինչը չի կարելի օգտագործել ԲՎ-ի բուժման ժամանակ: *Կլինդամիցինի* հաբերի և քսուքի պարագայում հաղորդվել են պսևդոմեմբրանոզ կոլիտի զարգացման դեպքեր[6,8,10,11,13]: *Մետրոնիդազոլի* նկատմամբ ալերգիան տարածված չէ: *Մետրոնիդազոլի* նկատմամբ ալերգիկ լինելու դեպքում կարելի է օգտագործել 2% *Կլինդամիցինի*

քույր[11]:

ԲՎ-ով հղի կանանց բուժման առանձնահատկությունները արտացոլված են «Վաղաժամ ծննդաբերության կանխարգելումը և վարումը» կլինիկական ուղեցույցում: ՄԻԱՎ վարակակիր կանայք չեն ցուցաբերել տարբերակվող հակազդեցություն ԲՎ-ի բուժման նկատմամբ: Դեռևս չիրապարակված հետազոտության տվյալների համաձայն ԲՎ-ի ռիսկի գործոն է համարվել ՄԻԱՎ-ի՝ կնոջից տղամարդուն փոխանցման համար, այսինքն որոշ զույգերի մոտ պետք է բուժել ԲՎ-ն, հատկապես կրկնվելու դեպքում:

ՀԵՏԱԳԱ ԶՆՈՒՄ

Բուժման թեստ չի պահանջվում, եթե ախտանշանները անհետանում են:

Կրկնվող բակտերիալ վագինոզ

Բազմաթիվ անգամ կրկնվելու դեպքում խորհուրդ է տրվում ԲՎ-ի բուժման ավելի երկար կուրսեր:

- Սուպրեսիվ թերապիա. ներհեշտոցային գելի՝ 0.75% Մետրոնիդազոլի 5 գ օգտագործմամբ՝ ամեն օր 10 օրվա ընթացքում, հետագայում՝ շաբաթական 2 անգամ՝ 3-6 ամսվա ընթացքում **դեռ գնահատվում է** [8, 10, 11]:
- Կաթնաթթվային ու քացախաթթվային գելերը պատշաճ կերպով չեն գնահատվել լավ նախագծված պատահական սկզբունքով ընտրված փորձարկումներում [11]:

Հիվանդներին տեղեկատվություն տրամադրելիս բժիշկը պետք է.

- բացատրի, թե ինչ բուժում է նշանակվելու, ինչպես խմել դեղորայքը և ինչպիսի հակազդեցություն է դա ունենալու,
- տեղեկացնի, որ բուժումից հետո ԲՎ-ն կարող է կրկնվել,
- խորհուրդ տա կրել բամբակյա ներքնագգեստ, խուսափել նեղ գիշերային պիժամաներից և տաբատից, սինթետիկ ներքնագգեստից,
- խուսափել հոտավետ օճառների օգտագործումից,
- պահպանել հիգիենա, զուգարանից օգտվելուց հետո լվացվել և սրբվել առջևից դեպի հետ,
- անմիջապես փոխել թաց լողազգեստը,
- զուգընկերները կարիք չունեն կանոնավոր զննում անցնել[3]:

Ապացույցների դասակարգումով խորհուրդների ամփոփում

- Առկա տվյալները ԲՎ-ի բուժման այլընտրանքային թերապիաների (պրոբիոտիկներ, վիտամին C) վերաբերյալ սահմանափակ են: (I)
- ԲՎ-ն պետք է ախտորոշել ըստ կլինիկական (Ամսելի) կամ լաբորատոր (Գրամ ներկում՝ օբյեկտիվ սանդղակավորման համակարգով) չափանիշների: (II-2A)
- Ախտանիշային ԲՎ-ն պետք է բուժել օրալ մետրոնիդազոլով (համապատասխան չափաբաժնով՝ օրը 2-3 անգամ, 7 օր): Այլընտրանք է հանդիսա-

նում մետրոնիդազոլի գելը և կլինդամիցինի օրալ տարբերակը կամ հեշտոցային կրեմը: (I-A)

- Բազմաթիվ անգամ կրկնվելու դեպքում խորհուրդ է տրվում ԲՎ-ի բուժման ավելի երկար կուրսեր: (I-A)
- Բուժումը ցուցվում է ախտանշաններ ունեցող աղջիկներին/կանանց, ինչպես նաև վիրահատական միջամտության ենթարկվող աղջիկներին/կանանց: (A)
- Հեշտոցային Gardnerella հայտնաբերումը չի կարող օգտագործվել ԲՎ ախտորոշելու համար, քանի որ այն կարող է առկա լինել 50%-ից ավելի գանգատներ չունեցող կանանց հեշտոցում (IIa): Միևնույն ժամանակ, հետազոտությունները ցույց են տվել, որ հեշտոցային գարդներելայի խոշոր կուտակումները կապված են ԲՎ-ի առկայության հետ (II-A):
- Անհրաժեշտ է տրամադրել ԲՎ-ի վերաբերյալ մանրամասն բանավոր բացատրություն և հստակ գրավոր տեղեկատվություն (C):
- Հիվանդներին խորհուրդ է տրվում խուսափել հեշտոցի՝ ցնցուղով լվացումներից, լոզանքի գելի, արոմատիզացված փոշիների, հականեխիչ միջոցների օգտագործումից (C):
- Անհրաժեշտ է հավաքագրել տեղեկատվություն հիվանդի հիգիենայի պահպանման, օճառների օգտագործման մասին, ինչպես նաև տրամադրել համապատասխան տեղեկատվություն հիվանդին հիգիենայի կանոնների պահպանման վերաբերյալ (C):

ՈՒՂԵՑՈՒՅՑԻ ՆԵՐԴՐՈՒՄԸ

Ուղեցույցի ներդրումը հնարավոր է Հայաստանում գործող շարունակական մասնագիտական զարգացման գործառույթների շրջանակներում, ինչպես նաև նպատակային ծրագրերի շրջանակներում:

Ներդրման հնարավոր խոչընդոտները

- Երեխաների հետ առնչվող բժիշկների գիտելիքների և կլինիկական հմտությունների ոչ բավարար մակարդակ:
- Արտահիվանդանոցային օղակում գործող բժիշկների մոտ մոտիվացիայի պակաս:
- Ծնողների կողմից հիվանդանոցային պայմաններում բուժմանը տրվող նախապատվություն:
- Վարման համար անհրաժեշտ դեղորայքի և սարքավորումների պակաս:

Ներդրման վերահսկման/աուդիտի հիմնական ցուցանիշներն են.

Բուժման որակի պահպանումը, ներառյալ պատշաճ ախտորոշում, ուղեգրում, հակաբիոտիկների ճիշտ ընտրություն և նշանակում, լաբորատոր հետազոտությունների հիմնավոր կիրառում, հետագա վարում:

ՀԱՎԵԼՎԱԾ 1

Կանադայի գինեկուղզների և մանկաբարձների կազմակերպության կողմից առաջարկված ապացույցների դասակարգման համակարգ

Ապացույցների որակը	Խորհուրդների դասակարգումը
I. Ապացույցները ստացվել են առնվազն մեկ պատշաճ կատարված պատահական բաշխմամբ վերահսկվող փորձարկումից:	A. Առկա է լավ որակի ապացուցողականություն տվյալ կլինիկական գործողությունը խորհուրդ տալու համար:
II-1. Ապացույցները ստացվել են ոչ-պատահական բաշխմամբ պատշաճ մշակված փորձարկումից:	B. Առկա է արդար ապացուցողականություն տվյալ կլինիկական գործողությունը խորհուրդ տալու համար:
II-2. Ապացույցները ստացվել են պատշաճ մշակված կոհորտային (առաջահայաց կամ հետահայաց) կամ դեպք-ստուգիչ հետազոտություններից՝ իրականացված նախընտրելիորեն մեկից ավել կենտրոններում կամ հետազոտական խմբերի կողմից:	C. Առկա ապացույցները վիճահարույց են և թույլ չեն տալիս տվյալ կլինիկական գործողությանը դեմ խորհուրդ տալ, սակայն այլ գործոնները կարող են ազդել որոշում կայացնելու վրա:
II-3. Ապացույցները ստացվել են ժամանակահատվածների կամ տարածությունների միջև համեմատություններից՝ միջամտությամբ կամ առանց: Այս կատեգորիայում կարող են նաև ներառվել չվերահսկվող փորձարկումներից ստացված դրամատիկ արդյունքները (ինչպես օրինակ 1940-ականներին կիրառված պենիցիլինի արդյունքները):	D. Առկա է արդար ապացուցողականություն տվյալ կլինիկական գործողությանը դեմ խորհուրդ տալու համար: E. Առկա է լավ որակի ապացուցողականություն տվյալ կլինիկական գործողությանը դեմ խորհուրդ տալու համար:
III. Հարգված հեղինակությունների կարծիքներ հիմնված կլինիկական փորձի, նկարագրական հետազոտությունների կամ էքսպերտ հանձնաժողովների հրապարակումների վրա:	L. Ապացույցներն անբավարար են (քանակապես կամ որակապես) որևէ խորհուրդ տալու համար, սակայն այլ գործոնները կարող են ազդել որոշում կայացնելու վրա:

Մեծ Բրիտանիայի սեռական առողջության և ՄԻԱՎ-ի ասոցիացիայի (BASHH) կողմից առաջարկված ապացույցների դասակարգման համակարգ

Խորհուրդների դասակարգումը

- A. Ապացույցները ստացվել են առնվազն մեկ պատշաճ կատարված պատահական բաշխմամբ վերահսկվող փորձարկումից:
- B. Ապացույցները հիմնված են վստահելի փորձարկման կամ նկարագրական հետազոտության հիման վրա:
- C. Առկա ապացույցները սահմանափակ են և հիմնված են էքսպերտ հանձնաժողովների հրապարակումների վրա:

ՀԱՎԵԼՎԱԾ 2

Գրամ-ներկված հեշտոցային բույրների սանդղակավորման համակարգ (0-10)

Միավոր	Lactobacillus մորֆոտիպեր	Gardnerella և Bacteroides տեսակների մորֆոտիպեր	Կոր գրամ-փոփոխական ցուպիկներ
0	4+	0	0
1	3+	1+	1+ կամ 2+
2	2+	2+	3+ կամ 4+
3	1+	3+	
4	0	4+	

ԳՐԱԿԱՆՈՒԹՅՈՒՆ

1. NASPAG Clinical Recommendation. Clinical recommendation: Vulvovaginitis. Andrea Zukerman, Mary Romano, Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology, 2016, p.1-7
2. Pediatric Acute Care Guideline: Vulvovaginitis. Government of Western Australia, Department of Health, Princess Margaret Hospital for Children, 2015
3. Vulvovaginal complaints in the prepubertal girls. Marc R. Laufer, MD, S Jean Emans, MD. UpToDate, September, 2011
4. Australian STI Management Guidelines for use in Primary Care. Australian Sexual Health Alliance, 2016
5. Canadian Guidelines on Sexually Transmitted Infections. Management and Treatment of specific syndromes. Section 4. The 2016 Updates Summary. Public Health Agency of Canada.
6. Clinical Management Guidelines for Obstetricians-Gynecologists, Number 72, May 2006, The American College of Obstetricians and Gynecologists.
7. Common Gynecologic Problem in Prepubertal Girls. Naomi F. Sugar and Elinor A. Graham. Pediatrics in Review, 200; 27;213. DOI:10.1542/pir.27-6-2136. An official Journal of American Academy of Pediatrics.
8. 2011 European (WHO) Guideline on the Management of Vaginal Discharge. Authors: Jackie Sherrard, Gilbert Donders, David White. Lead editor: Jørgen Skov Jensen.
9. Guidelines for the treatment of bacterial vaginosis: focus on tinidazole. Laura J. Dickey, Michael D. Nailor, and Jack D. Sobel, Therapeutics and Clinical Risk Management Journal, US National Library of Medicine, National Institute of Health.
10. 2015 Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, Center for Diseases Control and Prevention, USA.
11. UK National Guideline for the management of Bacterial Vaginosis 2012. Clinical Effectiveness Group, British Association for Sexual Health and HIV. Guideline development group: Dr. Phillip Hay MBBS FRCP (lead author), Dr. Sheel Patel and Dr. David Daniels (CEG lead).
12. Vulvovaginitis: Screening and Management of Trichomoniasis, Vulvovaginal Candidiasis, and Bacterial Vaginosis, Journal of Obstetrics Gynaecol Can 2015;37(3);266-274. This clinical practice guideline has been approved by the Executive Board of the Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada.
13. Федеральные клинические рекомендации: диагностика и лечение заболеваний, сопровождающихся патологическими выделениями. Российское общество акушеров и гинекологов, ФГБУ Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им академика В.И. Кулакова МЗ Российской Федерации, Москва, 2013.
14. Alberta Treatment Guidelines for Sexually Transmitted Infections (STI) in Adolescents and Adults, 2012
15. United Kingdom National Guideline on the Management of Sexually Transmitted Infections and Related Conditions in Children and Young People - 2010 (updates and replaces 2009 guideline) Clinical Effectiveness Group, British Association for Sexual Health and HIV.
16. The Royal Childrens Hospital Melbourne. Clinical Practice Guidelines, Prepubescent Gynaecology. www.rch.org.au
17. Management of Vaginal Discharge in Non-Genitourinary Medicine Settings. Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare, BASHH Clinical Effectiveness Unit, February 2012.