

ԲԱԿՏԵՐԻԱԼ ՎԱԳԻՆՈՉԻ ՎԱՐՄԱՆ ՈՒՂԵՑՈՒՅՑ

Ամփոփում

Նպատակ

Սույն ուղեցույցի նպատակն է տրամադրել ապացույցների վրա հիմնված տեղեկություններ և ապացուցողական խորհուրդներ բակտերիալ վագինոզի վերաբերյալ, և բարելավել տվյալ խմբի պացիենտների վարման ելքերը:

Մեթոդաբանություն

Սույն կլինիկական ուղեցույցը մշակվել է Հայաստանի մանկաբարձ-գինեկոլոգների և նեոնատոլոգների ասոցիացիայի անդամների կողմից: Ուղեցույցի գրականական աղբյուր է հանդիսացել Կանադայի գինեկոլոգների և մանկաբարձների կազմակերպության (SOGC, Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada) կողմից 2015թ. հրատարակված ուղեցույցը (Vulvovaginitis: Screening for and Management of Trichomoniasis, Vulvovaginal Candidiasis, and Bacterial Vaginosis), ինչպես նաև PubMed, EMBASE, Cochrane Library, National Guideline Clearinghouse և UpToDate շտեմարանների արդի տվյալները: Տեղեկատվության որակը գնահատելիս և ցուցումների ուժը որոշելիս սկզբնաղբյուր հանդիսացող փաստաթղթերում, հիմք է ընդունվել Կանադայի գինեկոլոգների և մանկաբարձների կազմակերպության (SOGC) կողմից առաջարկվող դասակարգումը (Տես Հավելված 1): Ուղեցույցի տեղայնցաման գործընթացը իրականացվել է համաձայն միջազգային ADAPTE մեթոդաբանության: Բոլոր խորհուրդները քննարկվել և հավանության են արժանացել Հայաստանի մանկաբարձ-գինեկոլոգների և նեոնատոլոգների ասոցիացիայի անդամների կողմից (արձանագրությունը կցվում է): Սույն փաստաթուղթը ենթակա է պարբերական թարմացումների և/կամ խմբագրման յուրաքանչյուր 5 տարին մեկ կամ ավելի հաճախակի՝ կախված տվյալ ոլորտում նոր գիտագործնական տեղեկատվության ի հայտ գալուց: Ուղեցույցը նախատեսված է բակտերիալ վագինոզի վարման մեջ ներառված մասնագետների համար՝ մանկաբարձ-գինեկոլոգներ:

Արդյունքներ

Սույն ուղեցույցում ներկայացված են բակտերիալ վագինոզի 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

Ապացուցողական բժշկություն, ուղեցույց, ցուցումների ուսումնասիրման, ստեղծման և գնահատման դասակարգման համակարգ, բակտերիալ վագինոզ, մեդրոնիդազոլ

Պատասխանատու համակարգող

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

Աշխատանքային խմբի անդամներ

- Աբրահամյան Լ.Ռ., բ.գ.դ., ԵՊԲՀ Մանկաբարձության և գինեկոլոգիայի թիվ 2 ամբիոնի պրոֆեսոր
- Գրիգորյան Վ.Ֆ., բ.գ.թ., դոց., ՎԱՊՄԳՀԻ Ծննդաբերական բաժանմունքի վարիչ
- Գյուլխասյան Վ.Մ. բ.գ.թ., դոց., ՎԱՊՄԳՀԻ Օպերատիվ գինեկոլոգիայի բաժանմունքի վարիչ
- Հարությունյան Ա.Գ. MD, MPH., Հայաստանի ամերիկյան համալսարանի Առողջապահական ծառայությունների հետազոտման և զարգացման կենտրոնի ավագ գիտաշխատող

Շահերի բախման հայտարարագիր և ֆինանսավորման աղբյուրներ

Պատասխանատու համակարգողը հայտարարում է շահերի բախման բացակայության վերաբերյալ: Սույն փաստաթղթի մշակման աշխատանքները ֆինանսավորվել են ՀՀ ԱՆ կողմից: Ֆինանսավորող կազմակերպությունը չի ունեցել որևէ ազդեցություն փաստաթղթի պարունակության կամ ձևավորման վրա:

Շնորհակալական խոսք

Աշխատանքային խումբը իր երախտագիտությունն է հայտնում ուղեցույցների մշակման աշխատանքներին իրենց աջակցությունը, խորհրդատվությունը և մասնագիտական գնահատականը տրամադրած գործընկերներին:

Ուղեցույցը չի կարող փոխարինել բժշկի որոշումները ընդունելու հմտություններին անհատ պացիենտի վարման դեպքում և տվյալ կլինիկական իրավիճակի պայմաններում:

Բովանդակություն

Նախաբան

Տեղեկատվության որոնման և գնահատման մեթոդաբանություն

Հարուցիչը և կլինիկական դրսևորումը

Ախտորոշում

Բուժում

Կրկնվող բակտերիալ վագինոզ

Հղիություն

Խորհուրդներ

Ներդրման հնարավորություններ և աուդիտի ցուցանիշներ

Գրականության ցանկ

Հավելված 1

Հավելված 2

Հապավումներ

ՍՃՓՎ՝ սեռական ճանապարհով փոխանցվող վարակ

Նախաբան

Բակտերիալ վագինոզը վերարտադրողական տարիքի կանանց շրջանում սեռական ուղիների ստորին հատվածի ամենատարածված հիվանդությունն է, վագինիտի ամենահաճախ պատճառը՝ ինչպես հղիների, այնպես էլ ոչ հղի կանանց շրջանում, և հեշտոցային արտադրության և հոտի ամենատարածված պատճառն է [1,2]: Տարածվածությունը հղիների շրջանում նույնն է, ինչ ոչ հղի կանանց շրջանում: Հիվանդությունն ասոցացված է եղել բազմաթիվ տարբեր մանկաբարձական և գինեկոլոգիական բարդությունների հետ, ինչպիսիք են վաղաժամ ծննդաբերությունը, պտղաթաղանթների վաղաժամ պատռումը, սպոնտան վիժումը, խորիոամնիոնիտը, հետծննդաբերական էնդոմետրիտը, հեսարյան հատումից հետո վերքի վարակը, հետվիրահատական վարակները և կոնքի ենթակլինիկական բորբոքային հիվանդությունը [3-11]:

Տեղեկատվության որոնման և գնահատման մեթոդաբանություն

Սույն կլինիկական ուղեցույցը մշակվել է Հայաստանի մանկաբարձ-գինեկոլոգների և նեոնատոլոգների ասոցիացիայի անդամների կողմից: Ուղեցույցի գրականական աղբյուր է հանդիսացել Կանադայի գինեկոլոգների և մանկաբարձների կազմակերպության (SOGC, Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada) կողմից 2015թ. հրապարակված ուղեցույցը (Vulvovaginitis: Screening for and Management of Trichomoniasis, Vulvovaginal Candidiasis, and Bacterial Vaginosis), ինչպես նաև PubMed, EMBASE, Cochrane Library, National Guideline Clearinghouse և UpToDate շտեմարանների արդի տվյալները: Տեղեկատվության որոնումը կատարվել է անգլերեն լեզվով մինչև 2017թ. հրապարակված փաստաթղթերի միջև, բանալի բառերի միջոցով (“bacterial

vaginosis”, “vaginitis”, “treatment”): Որոնման փաստաթղթերի տեսակը սահմանվել է՝ համակարգային վերանայումներ, պատահական բաշխմամբ վերահսկվող փորձարկումներ և դիտորդական հետազոտություններ: Տեղեկատվության որակը գնահատելիս և ցուցումների ուժը որոշելիս սկզբնաղբյուր հանդիսացող փաստաթղթերում, հիմք է ընդունվել Կանադայի գինեկոլոգների և մանկաբարձների կազմակերպության (SOGC) կողմից առաջարկվող դասակարգումը (Տես Հավելված 1): Ուղեցույցի տեղայնցաման գործընթացը իրականացվել է համաձայն միջազգային ADAPTE մեթոդաբանության: Բոլոր խորհուրդները քննարկվել և հավանության են արժանացել Հայաստանի մանկաբարձ-գինեկոլոգների և նեոնատոլոգների ասոցիացիայի անդամների կողմից (արձանագրությունը կցվում է): Սույն փաստաթուղթը ենթակա է պարբերական թարմացումների և/կամ խմբագրման յուրաքանչյուր 5 տարին մեկ կամ ավելի հաճախակի՝ կախված տվյալ ոլորտում նոր գիտագործնական տեղեկատվության ի հայտ գալուց: Ուղեցույցը նախատեսված է բակտերիալ վագինոզի վարման մեջ ներառված մասնագետների համար՝ մանկաբարձ-գինեկոլոգներ:

Հարուցիչը և կլինիկական դրսևորումը

Հեշտոցի նորմալ ֆլորան կազմված է աերոբ և անաերոբ բակտերիաներից՝ *Lactobacillus* ցեղի տեսակների գերակշռմամբ, որը կազմում է առկա բակտերիաների 95%-ից ավելին [12,13]: Համարվում է, որ լակտոբացիլները միջավայրը թթվային և ջրածնի պերոքսիդով հարուստ պահելով պաշտպանում են վարակներից: Դրան հակառակ, բակտերիալ վագինոզը բազմամիկրոբային համախտանիշ է, որը բերում է լակտոբացիլների խտության նվազման և ախտածին բակտերիաների քանակի բարձրացման: Չկա որևէ մեկ օրգանիզմ, որի առկայությունը հաստատի բակտերիալ վագինոզ ախտորոշումը, այլ կան շատ տարբեր բակտերիաներ, որոնք կարող են առկա լինել, ներառյալ՝ *Gardnerella vaginalis*, *Mobiluncus species*, *Bacteroides* և *Prevotella* տեսակներ, և *Mycoplasma* տեսակներ [14,15]:

Հայտնաբերվել են մի շարք գործոններ, որոնք բարձրացնում են բակտերիալ վագինոզի ձեռք բերման ռիսկը: Այն ավելի տարածված է սևամորթ կանանց [16], ծխող կանանց [17]

և այն կանանց շրջանում, ովքեր կատարում են հեշտոցային վնասումներ կամ օգտագործում են ներհեշտոցային պատրաստուկներ [18,19]: Չնայած, որ այժմ բակտերիալ վագինոզը չի համարվում սեռական ճանապարհով փոխանցվող վարակ (ՍՃՓՎ), այն մշտապես ասոցացված է եղել սեռական ակտիվության հետ: Այն ավելի տարածված է սեռական ակտիվ կանանց շրջանում, և ռիսկը հակված է բարձրանալ գուգրնկերների թվի և սեռական հարաբերությունների հաճախության ավելացմանը գուգրնթաց [20,21]:

Ախտորոշում

Բակտերիալ վագինոզը կարող է ախտորոշվել կլինիկապես և/կամ մանրէաբանորեն: Կլինիկական ախտորոշման չափանիշները, որոնք հրապարակվել են 1983 թվականին Ամսելի և գործընկերների կողմից, մինչ օրս կիրառվում են և առաջարկում են ախտորոշել բակտերիալ վագինոզ, եթե նշված 4 նշաններից առկա են 3-ը [22]՝ կաչուն և հոմոգեն հեշտոցային արտադրություն, 4.5-ից բարձր հեշտոցային pH, բանալի բջիջների (հեշտոցի էպիթելային բջիջներ, որոնք այնպես են ծածկված բակտերիաներով, որ պերիֆերիկ սահմանները մթնած են) հայտնաբերում թաց քսուքում և/կամ կալիումի հիդրօքսիդի ավելացումից հետո ամինային հոտ (դրական հոտառական թեստ): Հեշտոցային հեղուկի գրամ ներկումը ամենաշատ կիրառվող և հետազոտված մանրէաբանական մեթոդն է բակտերիալ վագինոզի ախտորոշման համար: Շատ լաբորատորիաներ օգտագործում են օբյեկտիվ ախտորոշիչ սխեմաներ, որոնց միջոցով հաշվարկվում է լակտոբացիլների մորֆոտիպերի և ախտածին բակտերիաների քանակը, և արդյունքում ձևավորվում է մի սանդղակ, որով որոշվում է վարակի առկայությունը: Ամենաշատ կիրառվող համակարգը մշակվել է Նյուջենթի և գործընկերների կողմից և հայտնի է որպես Նյուջենթի սանդղակ (Հավելված 2) [23]: Բակտերիալ վագինոզ ախտորոշվում է 7 և բարձր միավորի դեպքում: 4-6 միավորը դիտարկվում է միջանկյալ, և 0-3 միավորը՝ նորմալ:

Բուժում

Չնայած, որ բակտերիալ վագինոզն ասոցացված է եղել անցանկալի գինեկոլոգիական ելքերի հետ, չկան համոզիչ տվյալներ, որ բուժումը նվազեցնում է այս բարդությունների հավանականությունը: Ուստի, բուժումը սովորաբար պահվում է անհանգստացնող ախտանիշներով դեպքերի համար: Բուժական առաջին ընտրությունը օրալ մետրոնիդազոլն է (500 մգ օրը երկու անգամ, 1 շաբաթ): Խորհուրդ տրվող բուժական սխեմաները ներկայացված են Հավելված 3-ում: Գրանցված բուժական մակարդակները տատանվում են 75-85% միջակայքում և տարբերություն չի դիտվում մետրոնիդազոլի օրալ և հեշտոցային դեղաձևերի միջև [24-26]: ԱՄՆ-ում և Եվրոպայիում կատարված փորձարկումներում օրալ տինիդազոլն ուսումնասիրվել է որպես այլընտրանք մետրոնիդազոլին: Մինչ օրս առկա տվյալները տինիդազոլի կիրառման դեպքում ցույց են տվել համանման բուժական մակարդակ, ինչպես նաև անհրաժեշտ դեղաչափի նվազեցման հնարավորություն և նվազ ստամոքսաղիքային կողմնակի երևույթներ [27,28]:

Կրկնվող բակտերիալ վագինոզ

Ցավոք, շատ հետազոտություններում գրանցվել են բակտերիալ վագինոզի բուժումից հետո կրկնման բարձր մակարդակ, մինչև մեկ երրորդ բուժված կանանց դեպքում կրկնումներ 3 ամսվա ընթացքում [29], և կրկնումներն ավելի շատ են ավելի երկար հսկողության դեպքում [30,31]: Մինչ բուժական բազմակի կուրսեր սկսելը, խորհուրդ է տրվում վերահաստատել ախտորոշումը: Դոկումենտացված կրկնումներով կանանց դեպքում բուժման երկարացված կուրսերը արդյունավետ են եղել հետագա կրկնումների հավանականությունը նվազեցնելու համար: Առաջին տարբերակը օրալ մետրոնիդազոլի կիրառումն է՝ 500 մգ օրը 2 անգամ, 10-14 օր սխեմայով: Եթե այս տարբերակն արդյունավետ չէ, խորհուրդ է տրվում մետրոնիդազոլի 0.75%-անոց հեշտոցային նրբամածուկ՝ մեկ ապիկատոր (5 գ) օրը մեկ անգամ, 10 օր սխեմայով, ապա շաբաթական 2 անգամ, 3-6 ամիս [32,33]: Այս սխեման համեմատած պլացեբոյի հետ բերում է բուժման ժամանակ և բուժումից հետո կրկնումների հավանականության նշանակալի նվազման [33]: Առկա են նաև որոշ տվյալներ, որ պահպանակների կիրառումը կարող է նվազեցնել կրկնումների հավանականությունը սեռական ակտիվ

կանանց շրջանում [9]: Վերջերս աճում է հետաքրքրությունը բակտերիալ վագինոզի դեպքերի և կրկնումների ժամանակ պրոբիոտիկների և այլ ազենտների կիրառման նկատմամբ: Ցավոք, առկա է շատ քիչ գրականություն այս պատրաստուկների կիրառման ուղղորդման վերաբերյալ: Առկա է հրապարակված մեկ չինական հետազոտություն, որում կրկնվող բակտերիալ վագինոզով կանայք պատահական բաշխվել են հեշտոցային պրոբիոտիկների կիրառման և պլացեբո խմբերում: Պրոբիոտիկներ օգտագործած կանանց խմում կրկնման մակարդակները եղել են ավելի ցածր, քան պլացեբո խմբում [34]: Մեկ այլ հետազոտությունում բակտերիալ վագինոզի բուժման նպատակով հետազոտվել է հեշտոցային վիտամին C-ի հաբերը և համեմատվել պլացեբոյի հետ: Հետազոտման ժամանակահատվածի վերջում պլացեբո խմբում ավելի շատ կանայք են դեռ ունեցել բակտերիալ վագինոզ, քան բուժական խմբում [35]: Ցավոք, երկու հետազոտություններում էլ ախտորոշումը հիմնված է եղել կլինիկական (Ամսելի) չափանիշների վրա, այլ ոչ Նյուջենթի կամ Գրամ ներկման, և հսկողության ընդհանուր տևողությունը վիտամին C ստացած խմբի համար կազմել է ընդամենը 20 օր: Մինչ այս ոլորտում այլ հրապարակված տեղեկություններ չկան պատշաճ կատարված փորձարկումներից, դեռ ուշ է որևէ եզրակացություն անել այս այլընտրանքային թերապիաների արդյունավետության վերաբերյալ:

Հղիություն

Հեշտոցային արտադրությունը հաճախ է հանդիպում հղիության ժամանակ և կարող է լինել ֆիզիոլոգիական: Կայուն արտադրությամբ կանանց խորհուրդ է տրվում կատարել սեռական ուղիների ստորին հատվածի վարակների (հեշտոցային կամ պարանոցային) սկրինինգ: Եթե բակտերիալ վագինոզն ախտորոշվում է ախտանիշներ ունեցող հղի կանանց մոտ, ցուցված է անցկացնել բուժում: Խորհուրդ տրվող սխեման օրալ մետրոնիդազոլի ընդունումն է՝ 500 մգ օրը 2 անգամ, 7 օր, կամ օրալ կլինդամիցին՝ 300 մգ օրը երկու անգամ, 7 օր սխեմաներով [32]: Տեղային կիրառման դեղաձևեր խորհուրդ չեն տրվում: Բուժումը ցուցաբերում է հարաբերականորեն միջին բուժական մակարդակ և կրկնման բարձր մակարդակ որոշ կանանց շրջանում: Հղիության ժամանակ բակտերիալ

վագինոզի ավելի մանրամասն քննարկումը, այդ թվում՝ սկրինինգը և բուժումը տրվում է համապատասխան Ուղեցույցում:

Խորհուրդներ

Առկա տվյալները բակտերիալ վագինոզի բուժման այլընտրանքային թերապիաների (պրոբիոտիկներ, վիտամին C) վերաբերյալ սահմանափակ է: (խորհուրդի ուժը՝ I)

Բակտերիալ վագինոզը պետք է ախտորոշել ըստ կլինիկական (Ամսելի) կամ լաբորատոր (Գրամ ներկում՝ օբյեկտիվ սանդղակավորման համակարգով) չափանիշների: (խորհուրդի ուժը՝ II-2A)

Ախտանիշային բակտերիալ վագինոզը պետք է բուժել օրալ մետրոնիդազոլով (500 մգ օրը 2 անգամ, 7 օր): Այլընտրանք է հանդիսանում մետրոնիդազոլի նրբամածուկը և կլինդամիցինի օրալ տարբերակը կամ հեշտոցային նրբաքսուրը: (խորհուրդի ուժը՝ I-A)

Դոկումենտացված բազմաթիվ կրկնումների դեպքում խորհուրդ է տրվում բակտերիալ վագինոզի բուժման ավելի երկար կուրսեր: (խորհուրդի ուժը՝ I-A)

Ներդրման հնարավորություններ և աուդիտի ցուցանիշներ

Առաջարկվող աուդիտի ցուցանիշներն են՝

- **Բակտերիալ վագինոզով պացիենտների քանակը, որոնց շրջանում նշանակվել են պրոբիոտիկներ կամ վիտամիններ**
- **Բակտերիալ վագինոզով պացիենտների քանակը, որոնց շրջանում ախտորոշումը դրվել է Գրամ-ներկված հեշտոցային քսուքների սանդղակավորման համակարգի միջոցով**
- **Բակտերիալ վագինոզի կրկնվող դեխքերի քանակը**

Գրականության ցանկ

1. Rein MF, Holmes KK. Non-specific vaginitis, vulvovaginal candidiasis, and trichomoniasis: clinical features, diagnosis and management. *Curr Clin Top Infect Dis* 1983;4:281–315.
2. Fleury FJ. Adult vaginitis. *Clin Obstet Gynecol* 1987;24:407–38.
3. Hillier SL, Nugent RP, Eschenbach DA, Krohn MA, Gibbs RS, Martin DH, et al.; Vaginal Infections and Prematurity Study Group. Association between bacterial vaginosis and preterm delivery of a low-birth-weight infant. *N Engl J Med* 1995;333:1737–42.
4. Gravett MG, Hammel D, Eschenbach DA, Holmes KK. Preterm labor associated with subclinical amniotic fluid infection and with bacterial vaginosis. *Obstet Gynecol* 1986;67:229–37.
5. Minkoff H, Brunebaum AN, Schwartz RH, Feldman J, Cummings M, Crombleholme W, et al. Risk factors for prematurity and premature rupture of membranes: a prospective study of the vaginal flora in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1984;150:965–72.
6. Leitich H, Bodner-Adler B, Brunbauer M, Kaider A, Egarter C, Husslein P. Bacterial vaginosis as a risk factor for preterm delivery: a meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol* 2003;189:139–47.
7. Hillier SL, Martius J, Krohn MA, Kiviat N, Holmes KK, Eschenbach DA. A case-control study of chorioamnionic infection and histologic chorioamnionitis in prematurity. *N Engl J Med* 1988;319:972–8.
8. Watts DH, Krohn MA, Hillier SL, Eschenbach DA. Bacterial vaginosis as a risk factor for post-cesarean endometritis. *Obstet Gynecol* 1990;75:52–8.
9. Soper DE, Bump RC, Hunt WG. Bacterial vaginosis and trichomonas vaginitis are risk factors for cuff cellulites after abdominal hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol* 1990;163:1016–23.

10. Korn AP, Bolan G, Padian N, Ohm-Smith M, Schacter J, Landers DV. Plasma cell endometritis in women with symptomatic bacterial vaginosis. *Obstet Gynecol* 1995;85:387–90.
11. Wiesenfeld HC, Hillier SL, Krohn MA, Amortegui AA, Heine RP, Landers DV, et al. Lower genital tract infection and endometritis: insight into subclinical pelvic inflammatory disease. *Obstet Gynecol* 2002;100:456–63.
12. Spiegel CA, Amsel R, Eschenbach D, Schoenknecht F, Holmes KK. Anaerobic bacteria in nonspecific vaginitis. *N Engl J Med* 1980;303:601–7.
13. Eschenbach DA. Bacterial vaginosis: emphasis on upper genital tract complications. *Obstet Gynecol Clin North Am* 1989;16:593–610.
14. Hill GB, Eschenbach DA, Holmes KK. Bacteriology of the vagina. *Scand J Urol Nephrol Suppl* 1985;86:23–39.
15. Hillier SL. Diagnostic microbiology of bacterial vaginosis. *Am J Obstet Gynecol* 1993;169:455–9.
16. Goldenberg R, Klebanoff M, Nugent R, Krohn M, Hillier S, Andrews W; Vaginal Infections and Prematurity Study Group. Bacterial colonization of the vagina during pregnancy in four ethnic groups. *Am J Obstet Gynecol* 1996;174:1618–21.
17. Jonsson M, Karlsson R, Rylander E, Gustavsson A, Wadell G. The associations between risk behaviour and reported history of sexually transmitted diseases, among young women: a population based study. *Int J STD AIDS* 1997;8:501–5.
18. Hawes SE, Hillier SL, Benedetti J, Stevens CE, Koutsky LA, Wolner-Hanssen P, et al. Hydrogen peroxide-producing lactobacilli and acquisition of vaginal infections. *J Infect Dis* 1996;174:1058–63.
19. Brown JM, Hess KL, Brown S, Murphy C, Waldman AL, Hezareh M. Intravaginal practices and risk of bacterial vaginosis and candidiasis infection among a cohort of women in the United States. *Obstet Gynecol* 2013;121:773–80.
20. Verstraelen H, Verhelst R, Vaneechoutte M, Temmerman M. The epidemiology of bacterial vaginosis in relation to sexual behaviour. *BMC Infect Dis* 2010;10:81.

21. Fethers KA, Fairley CK, Hocking JS, Gurrin LC, Bradshaw CS. Sexual risk factors and bacterial vaginosis: a systematic review and meta-analysis. *Clin Infect Dis* 2008;47:1426–35.
22. Amsel R, Totten PA, Spiegel CA, Chen KCS, Eschenbach D, Holmes KK. Nonspecific vaginitis: diagnostic criteria and microbial and epidemiologic associations. *Am J Med* 1983;74:14–22.
23. Nugent RP, Krohn MA, Hillier SL. Reliability of diagnosing bacterial vaginosis is improved by a standardized method of Gram stain interpretation. *J Clin Microbiol* 1991;29:297–301.
24. Lugo-Miro VI, Green M, Mazur L. Comparison of different metronidazole therapeutic regimens for bacterial vaginosis. A meta-analysis. *JAMA* 1992;268:92–5.
25. Hanson JM, McGregor JA, Hillier SL, Eschenbach DA, Kreutner AK, Galask AP, et al. Metronidazole for bacterial vaginosis. A comparison of vaginal gel vs. oral therapy. *J Reprod Med* 2000;45:889–96.
26. Hillier S, Lipinski C, Briselden AM, Eschenbach DA. Efficacy of intravaginal 0.75% metronidazole gel for treatment of bacterial vaginosis. *Obstet Gynecol* 1993;81:963–7.
27. Livengood CH, Ferris DG, Wiesenfeld HC, Hillier SL, Soper DE, Nyirjesy P, et al. Effectiveness of two tinidazole regimens in treatment of bacterial vaginosis. A randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2007;110:302–9.
28. Schwebke JR, Desmond RA. Tinidazole vs metronidazole for the treatment of bacterial vaginosis. *Am J Obstet Gynecol* 2011;204:211.e1–e6.
29. Hay P. Recurrent bacterial vaginosis. *Curr Infect Dis Rep* 2000;2:506–12.
30. Koumans EH, Markowitz LE, Hogan V; CDC BV Working Group. Indications for therapy and treatment recommendations for bacterial vaginosis in nonpregnant and pregnant women: a synthesis of data. *Clin Infect Dis* 2002;35(Suppl 2):S152–S72.
31. Bradshaw CS, Morton AN, Hocking J, Garland SM, Morris MB, Moss LM, et al. High recurrence rates of bacterial vaginosis over the course of 12 months after oral metronidazole therapy and factors associated with recurrence. *J Infect Dis* 2006;193:1478–86.

32. Public Health Agency of Canada. Canadian guidelines on sexually transmitted infections—updated January 2010. Ottawa: PHAC; 2010. Available at: <http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its/cgsti-ldcits/index-eng.php>. Accessed on November 6, 2013.
33. Sobel JD, Ferris D, Schwebke J, Nyirjesy P, Wiesenfeld HC, Peipert J, et al. Suppressive antibacterial therapy with 0.75% metronidazole vaginal gel to prevent recurrent bacterial vaginosis. *Am J Obstet Gynecol* 2006;194:1283–9.
34. Ya W, Reifer C, Miller LE. Efficacy of vaginal probiotic capsules for recurrent bacterial vaginosis: a double-blind, randomized, placebocontrolled study. *Am J Obstet Gynecol* 2010;203:120.e1–e6.
35. Petersen EE, Magnani P. Efficacy and safety of vitamin C vaginal tablets in the treatment of non-specific vaginitis. A randomised, double blind, placebo-controlled trial. *Eur J Ob Gyn Reprod Biol* 2004;117:70–5.

**Կանադայի գինեկոլոգների և մանկաբարձների կազմակերպության (SOGC)
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	L. Ապացույցներն անբավարար են (քանակապես կամ որակապես) որևէ խորհուրդ տալու համար, սակայն այլ գործոնները կարող են ազդել որոշում կայացնելու վրա:

վրա:	
------	--

Հավելված 2

Գրամ-ներկված հեշտոցային քսուքների 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+	

Հավելված 3

Բակտերիալ վագինոզի դեպքում խորհուրդ տրվող բուժական սխեմաները

<p>Խորհուրդ տվող</p> <p>Մետրոնիդազոլ 500 մգ օրալ, օրը 2 անգամ, 7 օր</p> <p>Մետրոնիդազոլ 0.75% նրբամածուկ ներհեշտոցային, մեկ ապլիկատոր (5 գ) օրը մեկ անգամ, 5 օր</p> <p>Կլինդամիցին 2% նրբաքսուք ներհեշտոցային, մեկ ապլիկատոր (5 գ) օրը մեկ անգամ, 7 օր</p>
<p>Այլընտրանք</p> <p>Մետրոնիդազոլ 2 գ օրալ, մեկ ընդունում</p> <p>Կլինդամիցին 300 մգ օրալ, օրը 2 անգամ, 7 օր</p>