

ՀԵՇՏՈՑԱՅԻՆ ԱՐՏԱԴՐՈՒԿԻ ՎԱՐՄԱՆ ՈՒՂԵՑՈՒՅՑ

Ամփոփում

Նպատակ

Ուղեցույցը տրամադրում է հեշտոցային արտադրուկի համախտանիշի վերաբերյալ արդի միջազգային գիտաբժշկական տեղեկատվության վրա հիմնված բուժական և կազմակերպչական գործառույթների համալիր: Փաստաթղթի նպատակն է բարելավել գոնոռեայով պացիենտների ախտորոշման և բուժման արդյունավետությունը:

Մեթոդաբանություն

Սույն Ուղեցույցը մշակվել է Մաշկավեներաբանների հայկական ասոցիացիայի անդամների կողմից: Տեղայնացման/ադատատաժիայի սկզբնաղբյուրներ են հանդիսացել Սեռավարահների դեմ պայքայի միջազգային միության եվրոպական կազմակերպության (IUSTI-Europe) կողմից ստեղծված “2011 European (IUSTI/WHO) Guideline on the Management of Vaginal Discharge” ուղեցույցը: Օգտագործվել են նաև Cochrane library և UpToDate շտեմարանների արդի տվյալները: Տեղեկատվության որակը գնահատելիս և ցուցումների ուժը որոշելիս սկզբնաղբյուր հանդիսացող փաստաթղթում հիմք է ընդունվել Սեռավարահների դեմ պայքայի միջազգային միության եվրոպական կազմակերպության կողմից առաջարկվող համակարգը: Տեղայնացման/ադատատաժիայի աշխատանքները իրականացվել են ըստ ADAPTE մեթոդաբանության՝ միջմասնագիտական աշխատանքային խմբի անդամների առերես հանդիպումների և հեռահար շփումների միջոցով: Ուղեցույցի դրույթների վերաբերյալ ապահովվել է աշխատանքային խմբի բոլոր անդամների կոնսենսուս: Սույն Ուղեցույցը ենթակա է պարբերական թարմացումների և/կամ խմբագրման յուրաքանչյուր 5 տարին մեկ կամ ավելի հաճախակի՝ կախված տվյալ ոլորտում նոր գիտագործնական տեղեկատվության ի հայտ գալուց:

Բանալի բառեր

հեշտոցային արտադրուկ, եվրոպական կլինիկական ուղեցույց, վարում, ախտորոշում, բուժում, կանխարգելում:

Պատասխանատու համակարգող

Կ.Ռ.Բաբայան Մ.Հերացու անվան պետական բժշկական համալսարանի մաշկաբանության և սեռավարակաբանության ամբիոնի վարիչ, պրոֆեսոր, ՀՀ ԱՆ գլխավոր մաշկավեներաբան, Մաշկավեներաբանների հայկական ասոցիացիայի նախագահ

Աշխատանքային խմբի անդամներ

Մ.Ռ.Սահակյան ՀՀ ԱՆ Մաշկաբանության և սեռավարակաբանության բժշկագիտական կենտրոնի տնօրեն, Մ.Հերացու անվան պետական բժշկական համալսարանի ուրոլոգիայի ամբիոնի դոցենտ, Բ.գ.թ.

Գ.Ա.Հարությունյան Մ.Հերացու անվան պետական բժշկական համալսարանի մաշկաբանության և սեռավարակաբանության ամբիոնի դոցենտ, Բ.գ.թ.

Հ.Ա.Հովհաննիսյան Մ.Հերացու անվան պետական բժշկական համալսարանի մաշկաբանության և սեռավարակաբանության ամբիոնի դասախոս

Շահերի բախման հայտարարագիր և ֆինանսավորման աղբյուրներ

Պատասխանատու համակարգողը հայտարարում է, որ վերջին 5 տարիների ընթացքում ստացել է գրանտներ MSD դեղագործական ընկերություններից արտասահմանում կայացող գիտաժողովների մասնակցության նպատակով, ինչպես նաև վարձատրվող դասախոսություններով հանդես է եկել Astellas, MSD, Sandoz դեղագործական ընկերությունների կողմից կազմակերպված գիտաժողովներին: Աշխատանքային խմբի անդամների հայտարարագրերը ներկայացված են հավելված 2-ում: Սույն փաստաթղթի մշակման աշխատանքները չեն ֆինանսավորվել ոչ մի կազմակերպության կողմից:

Շնորհակալական խոսք

Պատասխանատու համակարգողը իր երախտագիտությունն է հայտնում աշխատանքային խմբի բոլոջ այնդամներին ինչպես նաև սույն ուղեցույցի մշակման աշխատանքներին իրենց աջակցությունը, խորհրդատվությունը և մասնագիտական գիտելիքները տրամադրած գործընկերներին, հատկապես՝ Երևանի Մ.Հերացու անվան պետական բժշկական համալսարանի հայոց լեզվի և տերմինաբանության ամբիոնի վարիչ դոդ. Հ.Սուքիասյանին, ՀՀ ԿԳՆ Երևանի պետական համալսարանի Ֆարմացիայի ինստիտուտի կենսաբժշկության ամբիոնի վարիչ, ՀՀ ԱՆ Առողջապահության ազգային ինստիտուտի «Ապացուցողական բժշկություն» դասընթացի ղեկավար, ՀՀ ԱՆ Հանրապետական գիտաբժշկական գրադարանի «Բժշկական սեղմագրերի հայկական հանդես»-ի գլխավոր խմբագիր, «Ապացուցողական բժշկության մասնագետների հայկական ասոցիացիա»-ի նախագահ՝ Բ.Գ.Դ., պրոֆեսոր Ռուբեն Հովհաննեսյանին: Ինչպես նաև բոլոր այն կլինիկական օրդինատորներին և երիտասարդ մաշկավեներաբաններին, որոնք իրենց ակտիվ մասնակցությունն են ունեցել ուղեցույցների թարգմանչական աշխատանքների իրականացմանը:

Բովանդակություն

Ներածություն

Տեղեկատվության որոնման և գնահատման մեթոդաբանություն

Պատճառագիտությունը

Բակտերիալ վագինոզ

Տրիխոմոնիազ

Կանդիդոզ

Ախտորոշումը

Կլինիկական դրսևորումները

Հետազոտման ցուցումները

Լաբորատոր հետազոտում

Վարումը

Ցուցումներ բուժման համար

Առաջարկվող բուժման տարբերակներ

Հատուկ իրավիճակներ

Զուգընկերների բուժումը

Հետբուժական հսկողություն

Հեշտոցային արտադրուկի համախտանիշային վարումը

Ներդրման և աուդիտի վերաբրեյալ առաջարկները

Գրականության ցանկ

Հավելված 1.

Հավելված 2.

Հապավումներ

ԲՎ – բակտերիալ վագինոզ

ՀՏ – հեշտոցային տրիխոմոնիազ

ՊՇՌ – Պոլիմերազային շղթայական ռեակցիա

ՈԱՄ – ոչ ախտահատուկ միզուկաբորբ

ՍՎ – սեռավարակ

ԱՀԿ – Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպություն

ՀՀ – Հայաստանի Հանրապետություն

Նախաբան

Հեշտոցային արտադրուկի պատճառներ են բակտերիալ վագինոզը (ԲՎ), տրիխոմոնիազը (ՀՏ՝ հեշտոցային տրիխոմոնիազ) և կանդիդոզը: Արտադրուկը կարող է առաջանալ նաև ֆիզիոլոգիական և այլ ախտաբանական պատճառներից, ինչպիսիք են ամոթույքի

մաշկախտերը կամ ալերգիկ վիճակները: Երբեմն հեշտոցային արտադրուկը խլամիդիային կամ գոնոռեային վզիկաբորբի ախտանիշ է:

Տեղեկատվության որոնման և գնահատման մեթոդաբանություն

Սույն Ուղեցույցը մշակվել է Մաշկավենեռաբանների հայկական ասոցիացիայի անդամների կողմից: Տեղայնացման/ադապտացիայի սկզբնաղբյուրներ են հանդիսացել Սեռավարախների դեմ պայքայի միջազգային միության եվրոպական կազմակերպության (IUSTI-Europe) կողմից ստեղծված “2011 European (IUSTI/WHO) Guideline on the Management of Vaginal Discharge” ուղեցույցը: Օգտագործվել են նաև Cochrane library և UpToDate շտեմարանների արդի տվյալները: Գրականական աղբյուրները ընտրվել են բանալի բառերի օգնությամբ իրականացված համակարգային որոնման հիման վրա: Փաստաթղթերի նկատմամբ կիրառվել են հետևյալ տեսակավորման ցուցանիշները՝ ուղեցույցերի ապացուցողական բնույթ (համակարգված ամփոփ տեսություն և ցանկացած խոհուրդի վերաբերյալ հստակ հղումների առկայություն), ազգային կամ համաշխարհային ամփոփումների կարգավիճակ, անգլերեն լեզու: Տեղայնացման/ադապտացիայի աշխատանքները իրականացվել են ըստ ADAPTE մեթոդաբանության՝ միջմասնագիտական աշխատանքային խմբի անդամների առերես հանդիպումների և հեռահար շփումների միջոցով: Ուղեցույցի դրույթների վերաբերյալ ապահովվել է աշխատանքային խմբի բոլոր անդամների կոնսենսուս:

Տեղեկատվության որակը գնահատելիս և ցուցումների ուժը որոշելիս հիմք է ընդունվել Սեռավարախների դեմ պայքայի միջազգային միության եվրոպական կազմակերպության կողմից առաջարկվող համակարգը, որը ներկայացված է հավելված 1-ում:

Սույն Ուղեցույցը ենթակա է պարբերական թարմացումների և/կամ խմբագրման յուրաքանչյուր 5 տարին մեկ կամ ավելի հաճախակի՝ կախված տվյալ ոլորտում նոր գիտագործնական տեղեկատվության ի հայտ գալուց:

Պատճառագիտությունը

Բակտերիալ վագինոզ

Բակտերիալ վագինոզը մանկածնական տարիքի կանանց շրջանում հեշտոցային առատ արտադրուկ առաջացնող ամենահաճախ ախտաբանական պատճառն է, սակայն այն նաև դրսևորվում է դաշտանադադարի դեպքում, և հազվադեպ 1-8 տարեկան աղջիկների շրջանում: Կովկասյան կանանց դեպքում ԲՎ-ի տարածվածությունը տատանվում է 5-15%-ի սահմաններում, աֆրիկացի և ամերիկացի սևամորթների դեպքում հասնում է մինչև 45-55%-ի: Ասիացի կանանց դեպքում ԲՎ-ի տարածվածությունն ավելի քիչ է ուսումնասիրված, բայց ընդհանուր առմամբ այն հասնում է մոտ 20-30%-ի: Հարկ է նշել, որ կանայք, ովքեր սեռական հարաբերություններ են ունենում կանանց հետ, հաճախ հեշտոցում ունեն նույնանման լակտոբացիլների տեսակներ:

Բակտերիալ վագինոզը բնորոշվում է հիմնականում անաերոբ մանրէների գերակշռությամբ (օրինակ՝ *Gardnerella vaginalis*, *Prevotella* spp., *Mycoplasma hominis*, *Mobiluncus* spp.) հեշտոցում, որը հանգեցնում է լակտոբացիլների՝ անաերոբ մանրէներով փոխարինմանը և միջավայրի թթվայնության բարձրացմանը:

Բակտերիալ վագինոզը կարող է ինքնաբուխ առաջանալ և վերանալ, և չնայած չի համարվում սեռավարակ, այնուամենայնիվ պայմանավորված է սեռական ակտիվությամբ: Երկու տեսություններ բացատրում են ԲՎ-ի զարգացումը և կրկնությունը.

1. Լակտոբացիլների անհետացումը որոշակի գործոնների պատճառով. դրանցից են հեշտոցային հաճախակի լվացումները և հեշտոցի թթվայնության փոփոխությունը սեռական հարաբերությունների ընթացքում:

2. Որոշ լակտոբացիլներ ախտահարվում են յուրահատուկ վիրուսների կողմից և այլևս ունակ չեն լինում զարգանալու և վերաբնակեցնելու հեշտոցը, որը նպաստում է անաերոբ բակտերիաների աճին:

Որոշ կանանց դեպքում լակտոբացիլների քանակը նվազում է, իսկ թթվայնությունը բարձրանում է, որն ուղեկցվում է աերոբ միկրոֆլորայի՝ *Escherichia coli*, *Staphylococcus aureus* և *B* խմբի ստրեպտոկոկների գերակշռումով: Սա կոչվում է աերոբ հեշտոցաբորբ՝ պայմանավորված խառը վարակներով: Աերոբ հեշտոցաբորբը բորբոքային վիճակ է, որն առաջացնում է երկարատև ախտանշաններ (քոր, այրոց, արտադրուկ)՝ ընդհատվող և կրկնվող սրացումներով [1-9]:

Տրիխոմոնիազ

Հեշտոցային տրիխոմոնիազի հարուցիչը՝ *Trichomonas vaginalis*-ը, միաբջջի մտրակավոր նախակենդանի է, որը փոխանցվում է հիմնականում սեռական ճանապարհով: Իր առանձնահատուկ տեղակայման պատճառով վարակը զարգանում է միայն ներհեշտոցային կամ ներմիզուկային ներմուծման դեպքում:

Կանդիդոզ

Կանանց 90%-ի դեպքում հեշտոցային սնկախտերի պատճառը *Candida albicans*-ն է (այլ տեսակներից է *Candida glabrata*-ն): Նշվում է, որ կանանց 75%-ը առնվազն մեկ անգամ տառապել է կանդիդոզով, իսկ 10-20%-ը նրա անախտանշան կրողներն են [10-13]:

Ախտորոշումը

Կլինիկական դրսևորումները

Թեպետ ԲՎ-ի ախտանշանները յուրահատուկ չեն, սակայն կան այնպիսիք, որոնք առավել բնորոշ են այս կամ այն վիճակին (տե՛ս աղյուսակ 1): Այնուամենայնիվ, չի կարելի լիովին հիմնվել այդ ախտանշանների վրա, քանի որ հաճախադեպ են ոչ բնորոշ դրսևորումները [14,15]:

Աղյուսակ 1.

Հեշտոցային վարակների ախտանշանները.

Բակտերիալ վագինոզ	Կանդիդոզ	Տրիքոմոնիազ
50% անախտանիշ	10-20% անախտանիշ	10-20% անախտանիշ
ձկան տիպի հոտով արտադրուկ	ամոթայքի քոր, կարմրածություն	հեշտոցային արտադրուկը փրփրոտ է (70%) և դեղին (10-30%)
բարակ, սպիտակ համասեռ արտադրություն, պատում է հեշտոցի պատերը և	ամոթայքի ցավոտություն, ճաքեր, այտուց	ամոթայքի քոր, գրգռվածություն, կարմրածություն

նախադրուղ		
հեշտոցաբորբի բացակայություն	հեշտոցային լուռանման արտադրուկ (առանց հոտի)	ցավոտ կամ դժվարացած միզարձակություն
	մակերեսային դժվարացած կամ ցավոտ սեռական հարաբերություն	շատ հազվադեպ՝ դիսկոմֆորտի զգացում որովայնում

Հետազոտման ցուցումները

Հեշտոցային ախտաճինների ստուգման ցուցումներն են՝

- հեշտոցային «բնականոն» արտադրուկի հատկությունների փոփոխությունը,
- վզիկի ցիտոլոգիական հետազոտության ժամանակ ՀՏ-ի հայտնաբերումը,
- զուգընկերոջ մոտ ՀՏ-ի ախտորոշումը,
- հեշտոցային արտադրուկը չի վերանում փորձնական (էմպիրիկ) բուժումից հետո,
- ամոթոյքի քորը չի վերանում հակասնկային փորձնական բուժումից հետո:

Լաբորատոր հետազոտումը

Վարակների ստույգ ախտորոշումը հիմնված է լաբորատոր քննության վրա: Հեշտոցի պատից գդալիկով վերցվում է արտադրուկի նմուշ (աղյուսակ 2) և հետազոտվում մանրադիտակով:

Աղյուսակ 2.

Հեշտոցային արտադրուկի մանրադիտակային քննության արդյունքները.

Ախտանշաններ	Բակտերիալ վագինոզ	Կանդիդոզ	Տրիքոմոնիազ
հեշտոցի pH	4.5-ից բարձր	4.0-4.5	4.5-ից բարձր
հեշտոցի կողմնային պատից վերցված արտադրուկի	վճռորոշ բջիջներ	կեղծ միցելներ (40-60%)	շարժուն միաբջիջ նախակենդանի (40-80%)

մանրադիտում (ֆիզլուծույթով մշակված)			դեպքերում)
հեշտոցի կողմնային պատի արտադրուկի քսուկը մշակված Գրամի մեթոդով	տե՛ս Նուջենթի չափանիշները	սպորներ և կամ կեղծ միցելներ (ախտանիշ դեպքերի մինչև 65%)	չի տարբերակվում
ամինային հոտի թեստը. 10%-անոց KOH ավելացնելիս ձկան հոտ է արձակում	դրական	բացասական	երբեմն դրական

Բակտերիալ վագինոզի (ԲՎ) ախտորոշման չափանիշները [22-27]

**Ամսելի չափանիշ (հետևյալ չորս չափանիշներից երեքի առկայությունը պարտադիր է)
(II,B)՝**

- նոսր սպիտակամոխրագույն համասեռ արտադրուկ (երբեմն՝ փրփրանման),
- հեշտոցային արտադրուկի pH-ի ցուցանիշը բարձրանում է 4,5-ից
- 1-10%-անոց KOH ավելացնելիս (առարկայական ապակու վրա վերցված քսուքին) ձկան հոտի արձակում («ամինային հոտի թեստ»),
- մանրադիտմամբ հայտնաբերվում են որոշիչ (clue cells) բջիջներ:

Նուջենթի չափանիշ. Գրամի եղանակով ներկված հեշտոցային քսուքը գնահատելու այլընտրանքային եղանակ: Սրա հիմքում մանրէային մորֆոտիպերի հարաբերական համամասնության գնահատումն է՝ 0-10 սանդղակով: Եթե միավորը 4-ից ցածր է, ապա նորմալ է, 4-6՝ միջին, իսկ 6-ից բարձրը վկայում է բակտերիալ վագինոզի մասին:

Հեյի-Այսոնի չափանիշը կրկին հիմնված է Գրամի եղանակով արտադրուկի ներկման վրա և հեշտոցային ֆլորայի հատկանիշներն ավելի հստակ է արտահայտում, քան Նուջենթի միավորը [28].

- զրոյական աստիճան՝ էպիթելային բջիջներ, լակտոբացիլների բացակայություն, որը

մատնանշում է հակաբիոտիկների վերջերս օգտագործմանը:

- առաջին աստիճան՝ «նորմա» է, լակտոբացիլային ձևատեսակների (մորֆոտիպերի) գերակշռում:
- երկրորդ աստիճան՝ միջին, խառը ֆլորա, լակտոբացիլների որոշ քանակի առկայությամբ, սակայն *Gardnerella*-ի կամ *Mobiluncus*-ի ձևատեսակները ևս առկա են:
- երրորդ աստիճան՝ բակտերիալ վագինոզ, գերակշռում են *Gardnerella*-ի և կամ *Mobiluncus*-ի ձևատեսակները, որոշիչ բջիջներ: Լակտոբացիլների բացակայություն կամ քիչ քանակություն:
- չորրորդ աստիճան՝ միայն գրամդրական կոկերի առկայություն, լակտոբացիլների բացակայություն, աերոբ հեշտոցային ֆլորա:

Հեշտոցային տրիխոմոնիազի ախտորոշման չափանիշները (III,B) [33-41]

- Հարուցչի անմիջական դիտարկում թաց (չֆիքսված) քսուքում (ֆիզլուծույթ) կամ ներկված նարնջագույն ակրիդինով հեշտոցի ետին կամարից վերցված քսուքում (ախտորոշման հավանականություն 40-80%-ում):
- Տրիխոմոնադները երբեմն (60% դեպքում) հայտնաբերվում են վզիկի ցիտոլոգիական հետազոտման ժամանակ, սակայն կեղծ դրական պատասխանի հավանականությունը մեծ է: Նման դեպքերում նպատակահարմար է ախտորոշման հաստատումը հեշտոցից վերցրած թաց, չֆիքսված քսուքով, որը հնարավորություն է տալիս մանրադիտման ժամանակ հայտնաբերելու ՀՏ շարժունակությունը:
- Մանրադիտակային հետազոտությունը *T.vaginalis*-ի համար պետք է կատարել նմուշառումից հետո հնարավորինս արագ, քանի որ հարուցիչների շարժունակությունը նվազում է կարճ ժամանակի ընթացքում:
- **Նուկլեինաթթվի ամպլիֆիկացիայի թեստերը (ՊՇՌ), որի զգայունությունը և յուրահատկություն ձգտում են 100%-ի, նույնպես կիրառելի են (I,A,) [40]:**
- Մանրէաբանական հետազոտությունը (ցանքս) ախտորոշիչ է 95% դեպքերում:

Հեշտոցային կանդիդոզի ախտորոշման չափանիշները (III,B) [16-21,29-32]

- 4-4,5 հեշոցային pH,
- հոտի բացակայություն (գինեկոլոգիական հայելու կամ առարկայական ապակու վրա

«ամինային հոտի թեստի» ստուգում),

- հեշտոցային արտադրուկում խմորասնկերի կամ կեղծ միցելների հայտնաբերում մանրադիտման ժամանակ (դրական 40-60%-ի դեպքում),
- Գրամի մեթոդով մշակված (ներկված) հեշտոցային արտադրուկի մեջ խմորասնկերի կամ կեղծ միցելների առկայություն (մինչև 65% դրական պատասխան),
- հեշտոցային արտադրուկի նմուշից կատարված ցանքսում խմորասնկերի հայտնաբերում:

Վարումը

Ճշգրիտ ախտորոշումը կարևոր է համապատասխան բուժումն ընտրելու, ինչպես նաև ՀՏ-ի դեպքում սեռական զուգընկերների համապատասխան բուժման համար: Անհրաժեշտ է խորհուրդ տալ պահպանել սեռական ժուժկալություն մինչև զուգընկերների բուժման ավարտը:

- Տեղեկացնել, բացատրել և խորհուրդ տալ հիվանդին:
- Քանի որ հեշտոցային տրիխոմոնիազը սեռավարակ է, ուստի պետք է հետազոտել նաև այլ սեռավարակների նկատմամբ:
- Բակտերիալ վագինոզով հիվանդներին պետք է բացատրվի, որ այն սեռավարակ չէ, չնայած սեռական ակտիվության հետ կապը չի ժխտվում:

Ցուցումներ բուժման համար

Բակտերիալ վագինոզ

- Որոշ հղի կանանց դեպքում (որոնք նախկինում ունեցել են իդիոպաթիկ վաղաժամկետ ծննդաբերություն կամ վիժում երկրորդ-երրորդ եռամսյակներում) մանրէաբանական քննությամբ ախտանշանների առկայություն կամ բացակայություն:
- Կանայք, որոնք ենթակա են որոշ վիրահատական միջամտությունների:
- Կանայք, ում դեպքում մանրադիտակային հետազոտման արդյունքը դրական է, բայց չկան ախտանշաններ: Բուժումից հետո նրանք կարող են նշել դրական տեղաշարժ հեշտոցային արտադրուկի նվազման առումով:

- Տղամարդ զուգընկերները բուժման կարիք չունեն:

Հեշտոցային տրիխոմոնիազ

Տրիխոմոնադայի նկատմամբ լաբորատոր դրական պատասխանի դեպքում, անկախ ավստանշաններից, սեռական զուգընկերների կանխարգելիչ համախտանիշային բուժումը պարտադիր է:

Կանդիդոզ

- Ախտանշաններով կանանց, որոնց դեպքում կանդիդա է հայտնաբերվել մանրադիտումով կամ ցանքսով, բուժումը պարտադիր է:
- Անախտանիշ կանանց բուժումը ցուցված չէ:
- Անախտանիշ տղամարդ զուգընկերները բուժման կարիք չունեն:

Առաջարկվող բուժման տարբերակներ

Հեշտոցային տրիխոմոնիազ [42-58]՝

- **մետրոնիդազոլ 500մգ, խմելու, օրը 2 անգամ, 5-7 օր (I,A) կամ**
- **մետրոնիդազոլ 2000մգ, խմելու (միանվագ) (I,A) կամ**
- **տինիդազոլ 2000մգ, խմելու (միանվագ) (I,A) :**

Նույն դեղամիջոցները կարելի է օգտագործել ԲՎ բուժման ժամանակ: Մետրոնիդազոլ և տինիդազոլ ընդունելիս պետք է խուսափել ալկոհոլ օգտագործելուց, քանի որ հնարավոր է դիսուլֆուրամանման ռեակցիա:

T.vaginalis-ի տեսակները խիստ զգայուն են մետրոնիդազոլի և նման դեղամիջոցների նկատմամբ: Ինքնաբուժման հավանականությունը 20-25% է: Քանի որ կանանց շրջանում առկա է միզուկի և հարմիզուկային գեղձերի վարակի վտանգ, լիարժեք բուժման համար անհրաժեշտ է նշանակել համակարգային բուժում: Սակայն որոշ մասնագետներ վկայում են բուժման ոչ արդյունավետության մասին, հատկապես երբ զուգընկերների բուժումը միաժամանակ չի անցկացվում:

Ալկոհոլի օգտագործման սահմանափակումը պետք է շարունակվի 24 ժամ մետրոնիդազոլով բուժումը ավարտելուց հետո կամ 72 ժամ՝ տինիդազոլով:

Բակտերիալ վագինոզ՝

- ներհեշտոցային մետրոնիդազոլի դոնդող (0.75%) օրը մեկ անգամ, 5 օր կամ
- ներհեշտոցային կլինդամիցինի նրբաքսուք (2%) օրը մեկ անգամ, 7 օր կամ
- կլինդամիցին 300մգ խմելու, օրը 2 անգամ, 7 օր:

Բակտերիալ վագինոզի դեմ օգտագործվող կլինդամիցինը և մետրոնիդազոլը ունեն հավասար ազդեցություն:

Հեշտոցային կանդիդոզ (II,A) [13,59,60]

Տեղային բուժման կիրառումը արդյունավետ է: Ազդվներով բուժումը մեղմացնում է ախտանշանները, հիվանդների 80-90%-ի դեպքում, անկախ այն բանից՝ բուժումը կատարվել է խմելու ձևով, թե տեղային: Հղիության ժամանակ կիրառվում է միայն տեղային բուժում:

Տեղային բուժում՝

- կլոտրիմազոլի հեշտոցային հաբ 500մգ, միանվագ կամ 200մգ, օրը 1 անգամ, 3 օր շարունակ (500մգ շաբաթական չափաբաժինը կարող է օգտակար լինել կրկնվող կանդիդոզի դեպքում),
- միկոնազոլ 200մգ, ներհեշտոցային մոմիկներ, օրական 1 մոմիկ, 6 օր:

Գոյություն ունեն ներհեշտոցային բազմաթիվ այլ դեղամիջոցներ: Ամոթոյքի տեղային (արտաքին) բուժումը հաստատված չէ իբրև պարտադիր և արդյունավետ, բայց որոշ հիվանդներ նախընտրում են նման մոտեցումը: Այն դեպքերում, երբ քորը հիմնական ախտանիշ է (որևէ վարակի բացառման դեպքում), հիդրոկորտիզոն պարունակող տեղային դեղամիջոցները (քսուք, դոնդող) կարող են ավելի արագ նպաստել ախտանշանների ապաճին:

Խմելու դեղամիջոցներ՝

- ֆլուկոնազոլ 150մգ, միանվագ,
- իթրակոնազոլ 200մգ, օրը 2 անգամ, մեկ օր:

Հատուկ իրավիճակներ [61-63]

Հղիության ընթացքում մետրոնիդազոլի անվտանգությունը ճշտված չէ, թեպետ բազմաթիվ ուսումնասիրողներ չեն նշում որևէ տվյալ այդ դեղանյութի տերատոգեն վտանգի վերաբերյալ: Մետրոնիդազոլը կարող է օգտագործվել հղիության բոլոր փուլերում և կրծքով կերակրելու ընթացքում, սակայն գերադասելի է խուսափել այդ հանգամանքներում բարձր չափաբաժիններով բուժում կիրառելուց:

Խմելու հակականդիդային դեղամիջոցները չպետք է օգտագործվեն հղիության ընթացքում: Նիստատինի տեղային օգտագործման պատրաստուկները (մոմիկներ, հեշտոցային հաբեր, քսուքներ), վերացնում են կանդիդա խմորասնկերի 70-90%-ը, և կարող են օգտակար լինել այն կանանց, որոնք գերզգայուն են ազոլային դեղամիջոցների նկատմամբ:

Տևական կամ բարդացած կանդիդոզների բուժումը վատառողջների, օրինակ՝ շաքարախտով հիվանդների կամ հարուցիչ՝ ազոլների նկատմամբ նվազ զգայուն ախտածին լինելու դեպքում (օրինակ՝ *C. glabrata*) ավելի երկարատև է:

Նշում. նիստատինը կամ նատամիցինը կարող են հանդես գալ որպես արդյունավետ միջոցներ:

Զուգընկերների բուժումը

Կանդիդոզ և ԲՎ [64-66]

Տղամարդ զուգընկերների դիտարկման և բուժման կարիք չկա:

Տրիխոմոնիազ (I,A) [67,68]

Զուգընկերները պետք է անցնեն ՍՎ-ների դիտարկում և բուժվեն ՀՏ-ից՝ անկախ լաբորատոր հետազոտման արդյունքներից: Այն դեպքում, երբ տղամարդկանց շրջանում ՀՏ դիտարկման ժամանակ հայտնաբերվել է ՈԱՄ, իմաստ ունի նախ բուժել ՀՏ-ն, որից հետո կրկին վերցնել քսուք միզուկից նախքան ՈԱՄ ախտորոշելը:

Հետբուժական հսկողություն

Բակտերիալ վագինոզ

Անցկացվում է միայն այն կանանց նկատմամբ, որոնց դեպքում առկա են տևական ախտանշաններ: Եթե բուժումը նշանակվել է հղիության ընթացքում՝ վաղաժամ ծննդաբերության վտանգը նվազեցնելու համար, ապա մեկ ամիս անց պետք է կրկնել հետազոտությունը և ԲՎ-ն կրկնվելու դեպքում առաջարկել հետագա բուժում:

Հեշտոցային տրիխոմոնիազ

Հսկողությունն անհրաժեշտ է նախաձեռնել, եթե այցելուն բուժումից հետո շարունակում է մնալ ախտանշանային, կամ եթե ախտանշանները կրկնվում են:

Տևական և կամ կրկնվող ախտանշաններ, բուժումը.

- Ծշտե՛ք, թե որքան է այցելուն ընդունել մետրոնիդազոլ, արդյոք ունեցե՞լ է սրտխառնոց:
- Գնահատե՛ք նոր և բուժում չստացած զուգընկերներից կրկին վարակվելու վտանգը:
- Այն այցելուների դեպքում, որոնց առաջին բուժումը անարդյունավետ է եղել, հաճախ օգտակար է լինում նշանակել ստանդարտ բուժման կրկնակի կուրս: Եթե սա նույնպես չի ապաքինում, ապա պետք է հետազոտել խոր հեշտոցային քսուկը կամ կատարել փորձնական բուժում էրիթրոմիցինով կամ ամոքսիցիլինով նախքան մետրոնիդազոլով կրկին բուժելը, քանի որ հեշտոցում առկա որոշ մանրէներ կարող են ներգործել և նվազեցնել մետրոնիդազոլի արդյունավետությունը:
- Եթե տևական բուժումը նույնպես չի օգնում, հավանական է, որ մանրէն ձեռք է բերել աերոբ պայմաններում գոյատևելու հատկություն: Նման դեպքերում վստահելի արդյունավետ բուժում չկա:

Կանդիդիոզ [69-75]

Հսկողություն սահմանել միայն տևական ախտանշաններ ունեցող կանանց նկատմամբ:

Կրկնվող կանդիդիոզ, բուժումը.

Սահմանվում է չորս կամ ավելի ախտանշանային կանդիդիոզի միջադեպեր տարվա ընթացքում.

- Գրանցե՛ք կրկնումների հաճախականությունը, ճշտե՛ք ախտորոշումը՝ հաստատելով

այն ցանքսի միջոցով:

- Բացառե՛ք ռիսկի գործոնները (օրինակ՝ շաքարախտը, իմունային համակարգի անկման հնարավորությունը, գլյուկոկորտիկոստերոիդների, հակաբիոտիկների հաճախակի օգտագործումը):
- Նման անձանց արդյունավետ բուժման համար այն շարունակական պետք է լինի: Այդ բուժումն իրականացնելու համար պետք է դիմել գինեկոլոգի:

Հավելված

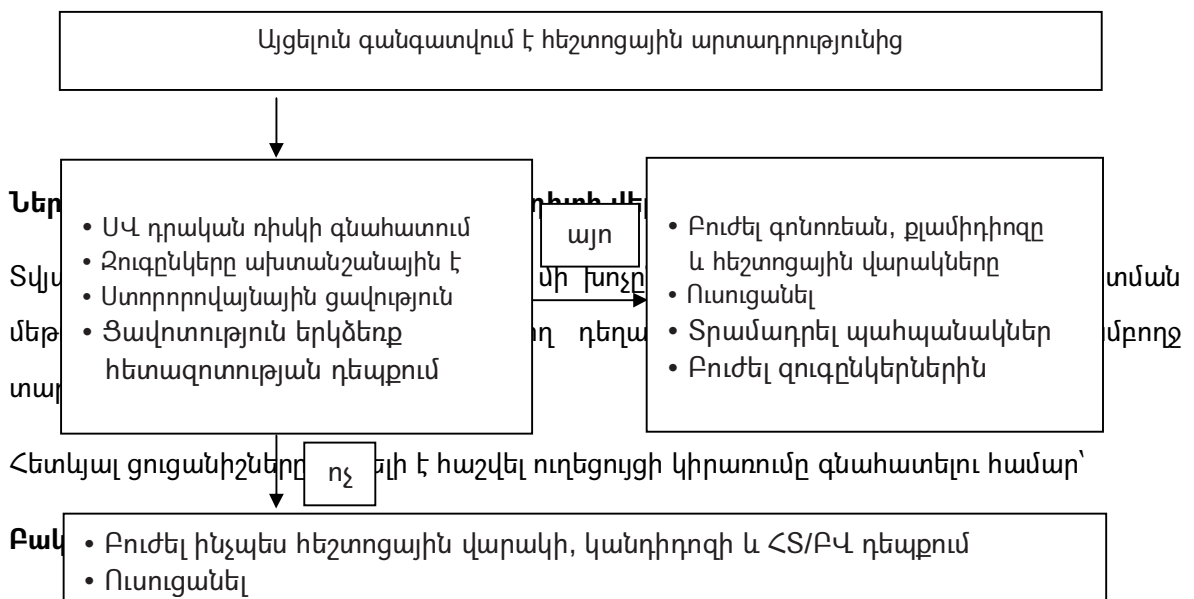
Հեշտոցային արտադրուկի համախտանիշային վարումը

Այն իրավիճակներում, երբ հնարավոր չէ զննել այցելուին և հնարավոր չէ կիրառել լաբորատոր թեստեր, ԱՀԿ-ն մշակել է հեշտոցային արտադրության վարման ալգորիթմ (տե՛ս գծապատկեր 1): Երբեմն խլամիդիային կամ գոնոռեային վզիկաբորբը կարող է դառնալ հեշտոցային արտադրուկի առաջնախու պատճառ: Վզիկաբորբը կարող է ունենալ լուրջ հետևանքներ, եթե ժամանակին չբուժվի: Վզիկի վարակների ախտանշանները որոշակի չեն, և ապացուցվել է, որ վզիկաբորբերի արդյունավետ բուժման համար պետք է գնահատել սեռավարակ ունենալու վտանգը:

Առանձին վարակների բուժումը մանրամասն ներկայացված է համապատասխան ուղեցույցներում:

Գծապատկեր 1

Հեշտոցային արտադրության վարման ալգորիթմ



- 100% ախտանշաններով հիվանդները ստացել են բուժում

Տրիքոմոնիազ

- 100% կին հիվանդները ստացել են համապատասխան բուժում

Կանդիդիոզ

- 100% կրկնվող կանդիդոզով հիվանդներին կատարվել է կանդիդայի կոլտուրալ հետազոտություն, հետագա բուժման համար

Գրականության ցանկ

1. Akinbiyi AA, Watson R, Feyi-Waboso P. Prevalence of Candida albicans and bacterial vaginosis in asymptomatic pregnant women in South Yorkshire, United Kingdom. Outcome of a prospective study. Arch Gynecol Obstet 2008; 278(5):463-466.
2. Oliveira FA, Pfleger V, Lang K, Heukelbach J, Miralles I, Fraga F et al. Sexually transmitted infections, bacterial vaginosis, and candidiasis in women of reproductive age in rural Northeast Brazil: a populationbased study. Mem Inst Oswaldo Cruz 2007; 102(6):751-756.
3. Fang X, Zhou Y, Yang Y, Diao Y, Li H. Prevalence and risk factors of trichomoniasis, bacterial vaginosis, and candidiasis for married women of child-bearing age in rural Shandong. Jpn J Infect Dis 2007; 60(5):257- 261.
4. Koumans EH, Sternberg M, Bruce C, McQuillan G, Kendrick J, Sutton M et al. The prevalence of bacterial vaginosis in the United States, 2001-2004; associations with symptoms, sexual behaviors, and reproductive health. Sex Transm Dis 2007; 34(11):864-869.
5. Bhalla P, Chawla R, Garg S, Singh MM, Raina U, Bhalla R et al. Prevalence of bacterial vaginosis among women in Delhi, India. Indian J Med Res 2007; 125(2):167-172.
6. Dan M, Kaneti N, Levin D, Poch F, Samra Z. Vaginitis in a gynecologic practice in Israel: causes and risk factors. Isr Med Assoc J 2003; 5(9):629-632.
7. Lamont RF, Morgan DJ, Wilden SD, Taylor-Robinson D. Prevalence of bacterial vaginosis in women attending one of three general practices for routine cervical cytology. Int J STD AIDS 2000; 11(8):495-498.
8. Schneider H, Coetzee DJ, Fehler HG, Bellingan A, Dangor Y, Radebe F et al. Screening for sexually transmitted diseases in rural South African women. Sex Transm Infect 1998; 74

Suppl 1:S147 S152.

9. Marrazzo JM, Antonio M, Agnew K, Hillier SL. Distribution of genital *Lactobacillus* strains shared by female sex partners. *J Infect Dis* 2009; 199(5):680-683.
10. Sobel JD. Pathogenesis and epidemiology of vulvovaginal candidiasis. *Annals of the New York Academy of Sciences* 1988; 544:547-557.
11. Holland J, Young ML, Lee O, Chen S. Vulvovaginal carriage of yeasts other than *Candida albicans*. *Sexually transmitted infections* 2003; 79(3):249-250.
12. Lindner JG, Plantema FH, Hoogkamp K. Quantitative studies of the vaginal flora of healthy women and of obstetric and gynaecological patients. *J Med Microbiol* 1978; 11(3):233-241
13. Odds FC. *Candida and Candidosis; A review and bibliography*. Second ed. London: Bailliere Tindall; 1988.
14. Wolner-Hanssen P, Kreiger JN, Stevens CE et al. Clinical manifestations of vaginal trichomoniasis. *JAMA* 1989; 264:571-576
15. Fouts AC, Kraus SJ. *Trichomonas vaginalis*: re-evaluation of its clinical presentation and laboratory diagnosis. *J Infect Dis* 1980;141:137-143
16. Schaaf VM, Perez-Stable EJ, Borchardt K. The limited value of symptoms and signs in the diagnosis of vaginal infections. *Archives of Internal Medicine* 1990; 150(9):1929-1933.
17. Abbott J. Clinical and microscopic diagnosis of vaginal yeast infection: a prospective analysis. *Annals of Emergency Medicine* 1995; 25(5):587-591.
18. Bergman JJ, Berg AO, Schneeweiss R, Heidrich FE. Clinical comparison of microscopic and culture techniques in the diagnosis of *Candida* vaginitis. *Journal of Family Practice* 1984;18(4):549-552.
19. Eckert LO, Hawes SE, Stevens CE, Koutsky LA, Eschenbach DA, Holmes KK. Vulvovaginal candidiasis: clinical manifestations, risk factors, management algorithm. *Obstetrics & Gynecology* 1998; 92(5):757- 765.
20. Sonnex C, Lefort W. Microscopic features of vaginal candidiasis and their relation to symptomatology. *Sexually transmitted infections* 1999; 75(6):417-419.
21. Zdolsek B, Hellberg D, Froman G, Nilsson S, Mardh PA. Culture and wet smear microscopy in the diagnosis of low-symptomatic vulvovaginal candidosis. *European Journal of Obstetrics, Gynecology, & Reproductive Biology* 1995; 58(1):47-51.
22. Landers DV, Wiesenfeld HC, Heine RP, Krohn MA, Hillier SL. Predictive value of the clinical diagnosis of lower genital tract infection in women. *Am J Obstet Gynecol* 2004;

190(4):1004-1010.

23. Platz-Christensen JJ, Larsson PG, Sundstrom E, Wqvist N. Detection of bacterial vaginosis in wet mount, Papanicolaou stained vaginal smears and in Gram stained smears. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1995; 74(1):67-70.
24. Thomason JL, Gelbart SM, Anderson RJ, Walt AK, Osypowski PJ, Broekhuizen FF. Statistical evaluation of diagnostic criteria for bacterial vaginosis. *Am J Obstet Gynecol* 1990; 162(1):155-160.
25. Amsel R, Totten PA, Spiegel CA, Chen KC, Eschenbach D, Holmes KK. Nonspecific vaginitis. Diagnostic criteria and microbial and epidemiologic associations. *Am J Med* 1983; 74(1):14-22.
26. Ison CA, Hay PE. Validation of a simplified grading of Gram stained vaginal smears for use in genitourinary medicine clinics. *Sex Transm. Infect.* 2002;78(6):413-5.
27. 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(2):297-301.
28. Donders GG. Definition of a type of abnormal vaginal flora that is distinct from bacterial vaginosis: aerobic vaginitis. *BJOG* 2002;109:34-43.
29. Hopwood V, Crowley T, Horrocks CT, Milne JD, Taylor PK, Warnock DW. Vaginal candidosis: relation between yeast counts and symptoms and clinical signs in non-pregnant women. *Genitourin-Med* 1988; 64(5):331-334.
30. Odds FC, Webster CE, Riley VC, Fisk PG. Epidemiology of vaginal *Candida* infection: significance of numbers of vaginal yeasts and their biotypes. *European Journal of Obstetrics, Gynecology, & Reproductive Biology* 1987; 25(1):53-66.
31. Odds FC, Webster CE, Mayuranathan P, Simmons PD. *Candida* concentrations in the vagina and their association with signs and symptoms of vaginal candidosis. *Journal of Medical & Veterinary Mycology* 1988; 26(5):277-283.
32. Priestley CJ, Jones BM, Dhar J, Goodwin L. What is normal vaginal flora? *Genitourin-Med* 1997; 73(1):23- 28.
33. Bickley LS, Krisher KK, Punsalang A, Trupe MA, Reichman RC, Menegus MA. Comparison of direct fluorescent antibody, acridine orange, wet mount and culture for detection of *Trichomonas vaginalis* in women attending a public sexually transmitted disease clinic. *Sex Trans Dis* 1989;127-131
34. Kreiger JN, Tam MR, Stevens CE, et al. Diagnosis of trichomoniasis: comparison of

- conventional wetmount examination with cytological studies, cultures, and monoclonal antibody staining of direct specimens. JAMA 1988;259:1223-1227
35. Kreiger JN, Viridans M, Siegel N, Critchlow C, Holmes KK. Risk assessment and laboratory diagnosis of trichomoniasis in men. J Infect Dis 1992; 166:1362-1366
 36. Schmid, G.P., Matheny, L.C., Zaidi, A.A. et al. Evaluation of six media for the growth of *Trichomonas vaginalis* from vaginal secretions. J.Clin.Microbiol 1989;27:1230-1233.
 37. Gelbart, S.M., Thomason, J.L., Osypowski et al. Growth of *Trichomonas vaginalis* in commercial culture media. J.Clin.Microbiol 1990;28, 962-964.
 38. Madico G, Quinn TC, Rompalo A, McKee KT jr, Gaydos CA. Diagnosis of *Trichomonas vaginalis* infection by PCR using vaginal swab samples. J Clin Microbiol 1998;36:3205-3210
 39. Mayta H, Gilman RH, Calderon MM, Gottlieb A, Soto G, tuero I, Sanchez S, Vivar A. 18S ribosomal DNAbased PCR for the diagnosis of *Trichomonas vaginalis*. J Clin Microbiol 2000;38:2683-2687
 40. Weise W, Patel SC et al. A meta-analysis of the Papanicolaou smear and wet mount for the diagnosis of vaginal trichomoniasis. Am J Med 2000;108:301-308
 41. Crucitti T, Van Dyck E, Tehe A et al. Comparison of culture and different PCR assays for detection of *Trichomonas vaginalis* in self collected swab specimens. Sex Transm Infect 2003;79:393-398
 42. Bistoletti P, Fredricsson B, Hagstrom B, Nord CE. Comparison of oral and vaginal metronidazole therapy for nonspecific bacterial vaginosis. Gynecol Obstet Invest 1986; 21(3):144-149.
 43. Oduyebo OO, Anorlu RI, Ogunsola FT. The effects of antimicrobial therapy on bacterial vaginosis in nonpregnant women. Cochrane Database Syst Rev 2009;(3):CD006055.
 44. Schindler EM, Thamm H, Ansmann EB, Sarnow E, Schindler AE. [Treatment of bacterial vaginitis. Multicenter, randomized, open study with tinidazole in comparison with metronidazole]. Fortschr Med 1991; 109(5):138-140.
 45. Voorspoels J, Casteels M, Remon JP, Temmerman M. Local treatment of bacterial vaginosis with a bioadhesive metronidazole tablet. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2002; 105(1):64-66.
 46. Hanson JM, McGregor JA, Hillier SL, Eschenbach DA, Kreutner AK, Galask RP et al. Metronidazole for bacterial vaginosis. A comparison of vaginal gel vs. oral therapy. J Reprod Med 2000; 45(11):889 896.

47. Brandt M, Abels C, May T, Lohmann K, Schmidts-Winkler I, Hoyme UB. Intravaginally applied metronidazole is as effective as orally applied in the treatment of bacterial vaginosis, but exhibits significantly less side effects. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2008; 141(2):158-162.
48. Schmitt C, Sobel JD, Meriwether C. Bacterial vaginosis: treatment with clindamycin cream versus oral metronidazole. *Obstet Gynecol* 1992; 79(6):1020-1023.
49. Andres FJ, Parker R, Hosein I, Benrubi GI. Clindamycin vaginal cream versus oral metronidazole in the treatment of bacterial vaginosis: a prospective double-blind clinical trial. *South Med J* 1992; 85(11):1077- 1080.
50. Fischbach F, Petersen EE, Weissenbacher ER, Martius J, Hosmann J, Mayer H. Efficacy of clindamycin vaginal cream versus oral metronidazole in the treatment of bacterial vaginosis. *Obstet Gynecol* 1993; 82(3):405-410.
51. Paavonen J, Mangioni C, Martin MA, Wajszczuk CP. Vaginal clindamycin and oral metronidazole for bacterial vaginosis: a randomized trial. *Obstet Gynecol* 2000; 96(2):256-260.
52. Ferris DG, Litaker MS, Woodward L, Mathis D, Hendrich J. Treatment of bacterial vaginosis: a comparison of oral metronidazole, metronidazole vaginal gel, and clindamycin vaginal cream. *J Fam Pract* 1995; 41(5):443-449.
53. Mikamo H, Kawazoe K, Izumi K, Watanabe K, Ueno K, Tamaya T. Comparative study on vaginal or oral treatment of bacterial vaginosis. *Chemotherapy* 1997; 43(1):60-68.
54. Schwebke JR, Desmond RA. A randomized trial of the duration of therapy with metronidazole plus or minus azithromycin for treatment of symptomatic bacterial vaginosis. *Clin Infect Dis* 2007; 44(2):213-219.
55. Milani M, Barcellona E, Agnello A. Efficacy of the combination of 2 g oral tinidazole and acidic buffering vaginal gel in comparison with vaginal clindamycin alone in bacterial vaginosis: a randomized, investigator-blinded, controlled trial. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2003; 109(1):67-71.
56. Forna F, Gulmezoglu AM. Interventions for treating trichomoniasis in women (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 3, 2000. Oxford: Update Software.
57. Hager D, Brown ST, Kraus SJ, Kleris GS, Perkins GJ, Henderson M, Perkins GJ, Henderson M. Metronidazole for vaginal trichomoniasis seven day vs single-dose regimens. *JAMA* 1980;244:1219-1220

58. Thin RN, Symonds MAE, Booker R, Cook S, Langlet F. Double-blind comparison of a single dose and a fiveday course of metronidazole in the treatment of trichomoniasis. *Brit J Vener Dis* 1979;55:354-356
59. Watson MC, Grimshaw JM, Bond CM, Mollison J, Ludbrook A. Oral versus intra-vaginal imidazole and triazole anti-fungal agents for the treatment of uncomplicated vulvovaginal candidiasis (thrush): a systematic review. *BJOG: an International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 2002; 109(1):85-95.
60. Watson MC, Grimshaw JM, Bond CM, Mollison J, Ludbrook A. Oral versus intra-vaginal imidazole and triazole anti-fungal treatment of uncomplicated vulvovaginal candidiasis (thrush). [update of Cochrane Database Syst Rev. 2001;(1):CD002845 ; 11279767.]. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2001;(4):CD002845.
61. Burtin P, Taddio A, Adburnu O, Einarson TR, Koren G. Safety of metronidazole in pregnancy: a metaanalysis. *Am J Obstet Gynecol* 1995; 172:525-529
62. Czeizel AE, Rockenbauer M. A population based case-control teratologic study of oral metronidazole treatment during pregnancy. *Br J Obstet Gynaecol* 1998;105:322-327
63. Caro-Paton T, Carvajal A, de diego IM, Martin-Arias LH, Requejo AA, Pinilla ER. Is metronidazole teratogenic: a meta-analysis. *Br J Clin Pharmacol* 1997;44:179-182
64. Bisschop MP, Merkus JM, Scheygrond H, Van Cutsem J. Co-treatment of the male partner in vaginal candidosis: a double-blind randomized control study. *British Journal of Obstetrics & Gynaecology* 1986; 93(1):79-81.
65. Fong IW. The value of treating the sexual partners of women with recurrent vaginal candidiasis with ketoconazole. *Genitourin-Med* 1992; 68(3):174-176.
66. Colli E, Landoni M, Parazzini F. Treatment of male partners and recurrence of bacterial vaginosis: a randomised trial. *Genitourin Med* 1997; 73(4):267-270.
67. Lyng J, Christensen J. A double blind study of treatment with a single dose tinidazole of partners to females with trichomoniasis. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1981;60:199-201
68. Dykers JR. Single dose metronidazole treatment for trichomonal vaginitis – patient and consort. *N Eng J Med* 1975; 293; 23-24
69. Spinillo A, Pizzoli G, Colonna L, Nicola S, De Seta F, Guaschino S. Epidemiologic characteristics of women with idiopathic recurrent vulvovaginal candidiasis. *Obstetrics & Gynecology* 1993; 81(5 (Pt 1):721-727.
70. Dennerstein GJ. Depo-Provera in the treatment of recurrent vulvovaginal candidiasis.

Journal of Reproductive Medicine 1986; 31(9):801-803.

71. Sobel J, Wiesenfeld H, Martens M, Danna P, Hooton T, Rompalo A et al. Maintenance fluconazole therapy \ for recurrent vulvovaginal candidiasis. The New England Journal of Medicine 2004; 351(9):876 883.
72. Reef SE, Levine WC, McNeil MM, Fisher-Hoch S, Holmberg SD, Duerr A et al. Treatment options for vulvovaginal candidiasis, 1993. [Review] [97 refs]. Clinical Infectious Diseases 1995; 20 Suppl 1:S80-S90.
73. Sobel JD. Recurrent vulvovaginal candidiasis. A prospective study of the efficacy of maintenance ketoconazole therapy. New England Journal of Medicine 1986; 315(23):1455-1458.
74. Sobel JD. Treatment of recurrent vulvovaginal candidiasis with maintenance fluconazole. International Journal of Gynaecology & Obstetrics 1992; 37:17-34.
75. Neves NA. Successful treatment of refractory recurrent vaginal candidiasis with cetirizine plus fluconazole. Journal of Lower Genital Tract Disease 9[3], 167-170. 2005.

Ապացուցողականության մակարդակները

- Ia Ապացույցները ստացվել են պատահական բաշխմամբ վերահսկվող փորձարկումների մետա-վերլուծություններից
- Ib Ապացույցները ստացվել են առնվազն մեկ պատահական բաշխմամբ վերահսկվող հետազոտությունից
- IIa Ապացույցները ստացվել են առնվազն մեկ լիարժեք նախագծած ոչ պատահական բաշխմամբ փորձարկումից
- IIb Ապացույցները ստացվել են առնվազն մեկ լիարժեք նախագծված կեղծ-փորձարարական հետազոտությունից
- III Ապացույցները ստացվել են լիարժեք նախագծված ոչ փորձարարական նկարագրողական հետազոտություններից, ինչպիսիք են համեմատական հետազոտությունները, կորելացիոն հետազոտությունները և դեպքերի վերահսկման նկարագրությունները
- IV Ապացույցները ստացվել են փորձագիտական խմբերի զեկույցների կամ կարծիքների և (կամ) անվանի հեղինակների կլինիկական փորձառության հիման վրա

Ապացույցների մակարդակը

A (Ia, Ib մակարդակի ապացույցներ)

Պահանջվում է առնվազն մեկ ՊԲՎՓ, որպես ընդհանուր առմամբ բարձր որակի գրականության հատված, հասցեագրված տվյալ հանձնարարականին:

B (IIa, IIb, III մակարդակի ապացույցներ)

Պահանջվում է լիարժեք իրականացված հասանելի ոչ ՊԲՎՓ-եր հասցեագրված տվյալ հանձնարարականին:

C (IV մակարդակի ապացույցներ)

Պահանջվում է փորձագիտական խորհրդի զեկույցներից կամ կարծիքներից և (կամ) հեղինակավոր գիտնականների կլինիկական փորձառությունից ստացված ապացույցներ հասցեագրված տվյալ հանձնարարականին: Ցույց է տալիս տվյալ հանձնարարականին ուղղակիորեն առնչվող որակյալ հետազոտությունների բացակայությունը:

Աշխատանքային խմբի անդամների հայտարարագրեր

Ես, **Միքայել Ռաֆիկի Սահակյանս**, հանդիսանալով Սեռավարակների վարման ուղեցույցի աշխատանքային խմբի անդամ, հայտարարում եմ, որ վերջին հինգ տարիների ընթացքում ներկայացրել եմ մի շարք վարձատրվող դասախոսություններ Աստելաս, Տոնուս Լես և Գեդեոն Ռիխտեր դեղագործական ընկերությունների կողմից կազմակերպված գիտագործմանական կոնֆերանսների ժամանակ:

Ես, **Հովհաննես Արտաշեսի Հովհաննիսյանս**, հանդիսանալով Սեռավարակների վարման ուղեցույցի աշխատանքային խմբի անդամ, հայտարարում եմ, որ 2015թ.-ին ստացել եմ գրանտ ՄԵԴԱ դեղագործական ընկերություններից արտասահմանում կայացող գիտաժողովների մասնակցության նպատակով: Վերջին հինգ տարիների ընթացքում ներկայացրել եմ մի շարք վարձատրվող դասախոսություններ մաշկավեներաբանության արդի հիմնախնդիրների վերաբերյալ Աստելաս, Մեդա, Բեռլին Խեմի Մենարինի, Սանդոզ, Բայեռ, Գեդեոն Ռիխտեր դեղագործական ընկերությունների կողմից կազմակերպված գիտագործմանական կոնֆերանսների ժամանակ:

Ես, **Գրիգոր Ալբերտի Հարությունյանս**, հանդիսանալով Սեռավարակների վարման ուղեցույցի աշխատանքային խմբի անդամ, հայտարարում եմ, վերջին հինգ տարիների ընթացքում չեմ ունեցել ֆինանսական առընչություն ոչ մի դեղագործական ընկերության հետ: