

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12, 87/13, 164/13, 39/14, 43/14, 132/14, 188/14 и 10/15), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О

ЗА МЕДИЦИНСКОТО ЗГРИЖУВАЊЕ ПРИ ВУЛВОАГИНИТИС

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при вулвовагинитис.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при вулвовагинитис е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинското згрижување при вулвовагинитис по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Со денот на влегувањето во сила на ова упатство престанува да важи Упатството за практикување на медицина заснована на докази при вулвовагинитис („Службен весник на Република Македонија“ бр. 173/13).

Член 5

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 17-2340/1

27 февруари 2015 година

Скопје

МИНИСТЕР

Никола Тодоров

ВУЛВОВАГИНИТИС

МЗД Упатство
9.10.2013 • Последни промени 9.10.2013
Pekka Nieminen

- Најважно
- Симптоми
- Етиологија
- Дијагноза
- Стратегии за иследување
- Третман
- Останати релевантни податоци

НАЈВАЖНО

- Во нормални состојби секогаш има исцедок (леукореа, флуор) во вагината. Тој е составен од цервикален слуз, маса од лактобацили и регенерирачки епителни клетки. Количината на исцедокот зависи од фазата на менструалниот циклус.
- Третманот би требало да се насочи кон најверојатниот причинител на инфекцијата.
- Вообичаено е можно да се постави дијагнозата со доволна дијагностичка точност со гинеколошки преглед и базични лабораториски тестови.
- Кај вулвовагинитисот, вагинитисот вообичаено е доминантна компонента и вагината е местото на примарната инфекција, но симптомите се честопати присутни на вулвата/надворешните гениталии.

СИМПТОМИ

- Зголемен вагинален исцедок без пелвична болка или системски симптоми,
- Јадеж и чувство на печење, обично на надворешните генитални органи.
- Еритеми и улцерација на надворешните гениталии.
- Карактеристичен мирис на “риба”.
- Дизурија се чувствува на отворот на уретрата.
- Промена на рН вредноста.

ЕТИОЛОГИЈА

- Кандида специес (*Candida albicans*, *C. glabrata*).
- Анаеробни бактерии (*Gardnerella vaginalis*, *Bacteroides* специес и др.).
- *Trichomonas vaginalis*.
- Аеробни бактерии (на пр. група G бета-хемолитички стрептокок, *E. coli*).
- *Actinomyces* (ALO, актиномицес-налик организми) понекогаш се изолираат од пациентки со интраутерини спирали (носени > 3 месеци).

ДИЈАГНОЗА

Клинички преглед

- Интензивен јадеж и понекогаш чувство на печење на надворешните гениталии укажува на вагинална микоза (кандида инфекција). Исцедокот е грутчест, белкаст и залепен за сидот на вагината. Може да се јават мали улкуси и еритеми на слузницата на надворешните гениталии.
- Исцедок со непријатен мирис, хомоген со сивкаста боја кој е залепен за вагиналниот сид е типичен за бактериската вагиноза. Други симптоми се благо печење и јадеж. рН на вагиналниот исцедок е покачен од нормално 3.8-4.0 на над 4.5.

- Пенлив, зеленикав исцедок укажува на трихомонијаза. Често е присутно чувство на печење, има еритем на мукозните мембрани, а рН е покачен. Трихомонијазата денес е доста ретка.
- Обилен, жолтеникав, секрет без мирис, сугерира вагинитис, предизвикан од аеробни бактерии.
- Слuzниците на вагината, надворешните гениталии и уретрата кај жените во менопауза се истенчува, лесно крвави и лесно станува иритирана заради недостаток од естрогени (атрофичен вагинитис). Имајте на ум дека кафеавкаст исцедок може да биде прв знак за карцином на матката (земете ендометријална биопсија).
- Кај вулвовагинитисот нема болна осетливост на матката и на овариумите. Ако има пурулентен секрет од цервиксот, треба да се направат испитувања за гонококи и за хламидија.

СТРАТЕГИИ ЗА ИСЛЕДУВАЊЕ

- Симптомите и клиничката слика се обично доволни за да се дијагностицира вагинална кандидијаза. Како и да е, помалку од половината пациентки кои се жалат на јадеж, всушност имаат вагинална инфекција со квасници.
- Ако клиничката слика не наликува на микоза, може да се изведе тест со калиум хидроксид: неколку капки калиум хидроксид се ставаат на употребениот спекулум; силниот мирис на риба укажува на бактериска вагиноза.
- рН на вагиналниот исцедок може да се измери со вообичаена трака за рН.
- Можно е и да се земе бактериска култура, со цел да се идентификува микотична инфекција, трихомонијаза, како и клетки кои сугерираат бактериска вагиноза. Резултатите од културата би требало да се готови следниот ден.
- Ако имате достапен микроскоп: Ставете една капка исцедок на предметно стакло, додадете една капка физиолошки раствор и гледајте со зголемување од 400 X.
- Види табела 1.
- Габичките се во вид на кончести структури, спори (настанати со пупење, мали, просирни и хомогени клетки) или и двете. Може да има голем број полиморфонуклеари.
- Ако вулвовагинитот рецидивира и покрај третманот, треба да се направи колпоскопија, со цел да се исклучат другите причини.

Табела. 1 Микроскопско испитување на вагиналниот исцедок	
Инфекција	
<ul style="list-style-type: none"> • Голем број леукоцити (најголем број од клетките, групирани, минимум 10/видно поле) • Голем број мали тркалезни бактерии. • <i>Бактериска вагиноза</i>: епителни клетки кои содржат тркалезни бактерии. • <i>Микоза</i>: мали, просирни и хомогени клетки, настанати со пупење или хифи (сегментирани, разгранети). • <i>Трихомонијаза</i>: активно мобилни протозои. 	
Физиолошки исцедок	
<ul style="list-style-type: none"> • Неколку леукоцити/видно поле, не во групи. • Стапчести бацили, некои од нив и многу долги (Döderlein-ови бацили). • Епителни клетки. 	

ТРЕТМАН

Вагинална микоза

- Се третира според клиничките манифестации. Рецидивирање на симптомите на вагиналната микоза би требало да се потврдат со понатамошни испитувања.
- Ако и партнерот има баланитис, треба и тој да се лекува (на пр. со крем).
- Се лекува со вагиналети во траење 1-3 дена или со единична доза орални антимиотици (ннд-А). Вагиналната микоза во бременост се третира со топични препарати (ннд-А).
- Ако пациентката порано имала вагинална микоза, а типичните симптоми се повториле, на пример, за време на антибиотскиот третман, може да си дозволите да ѝ дадете упат и без да ја прегледате.

- Рецидивантната вагинална микоза може да се должи на антибиотска терапија, земање контрацептиви или покачена гликемија.
- Кај рецидивантната микоза може да се даде профилактички третман (еднократна доза еднаш неделно), на пример, во текот на 2-3 недели. Имајте го на ум советот за исхрана (шеќер, чоколадо!).

Бактериска вагиноза

- Честа е кај пациентки со интраутерина спирала.
- Се лекува со метронидазол (ннд-А) 400-500 мг два или три пати на ден, 5-7 дена или 2 гр еднократно.
- Топичниот третман е достапен со вагиналети/гел метронидазол или 2% клиндамицин во крем; овој третман е погоден и за бремени жени.

Трихомонијаза

- Се лекува со метронидазол (ннд-А) 400-500 мг два или три пати на ден, 5-7 дена или 2 гр еднократно или со тинидазол 2 гр еднократно. Мора да се третира и партнерот на сличен начин (ннд-А).

Атрофичен вагинит

- Се третира со топични естрогени два пати неделно во форма на супозитории, маст или таблети. Во некои случаи, потребен е и топичен антиминобен третман, види кај Бактериска вагиноза. Потребна е континуирана топична естрогенска терапија за контрола на симптомите.

ОСТАНАТИ РЕЛЕВАНТНИ ПОДАТОЦИ

Кохранови прегледи

- Најверојатно не постои врска помеѓу експозиција на метронидазол за време на првите три месеци на бременост со малформации на плодот.
- Пробиотици можат да бидат ефикасни при бактеријална вагиноза.
- Антибиотици се ефикасни во третман на бактеријална вагиноза за време на бременост но не спречуваат предвремено породување пред 37 недели, секако не после 20 гестациски недели. После претходно породување пред термин, третманот може да го намали ризикот од предвремена руптура на мембраните и мала тежина на раѓање.
- Метронидазол во единечна орална доза од 2гр е ефективна во третман на трихомонијаза во тек на бременост, но ефектите по исходот на бременоста не се сигурни.

Литература

- Eckert LO. Clinical practice. Acute vulvovaginitis. N Engl J Med 2006 Sep 21;355(12):1244-52. PubMed
- Sobel JD. Desquamative inflammatory vaginitis: a new subgroup of purulent vaginitis responsive to topical 2% clindamycin therapy. Am J Obstet Gynecol 1994 Nov;171(5):1215-20. PubMed
- Spence D, Melville C. Vaginal discharge. BMJ 2007 Dec 1;335(7630):1147-51. PubMed

Последен преглед одобрен како ажуриран 9.10.2013 • Последни промени 9.10.2013

Article ID: ebm00546 (025.030)

© 2014 Duodecim Medical Publications Ltd

- **EBM Guidelines, 9.10.2013, <http://www.ebm-guidelines.com>**
- **Упатството треба да се ажурира еднаш на 4 години.**
- **Предвидено е следно ажурирање до 2017 година.**

Упатството го ажурирал: И. Стојковски

Координатор: Проф. Др. К. Зафировска