

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О

ЗА ПРАКТИКУВАЊЕ НА МЕДИЦИНА ЗАСНОВАНА НА ДОКАЗИ ПРИ БОЛЕСТИ КАРАКТЕРИЗИРАНИ СО ВАГИНАЛЕН ИСЦЕДОК

Член 1

Со ова упатство се пропишува медицинското згрижување на болестите карактеризирани со вагинален исcedок.

Член 2

Начинот на згрижувањето на болестите карактеризирани со вагинален исcedок е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинско згрижување на болестите карактеризирани со вагинален исcedок 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

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

Бр. 07-6510/2

07 ноември 2012 година

Скопје

МИНИСТЕР

Никола Тодоров

БОЛЕСТИ КАРАКТЕРИЗИРАНИ СО ВАГИНАЛЕН ИСЦЕДОК

МЗД Упатства
13.09.2011

- Основни правила
- Бактериска вагиноза (БВ)
- Trichomoniasis
- Вулвовагинална кандидијаза (ВВК)
- Референци

ОСНОВНИ ПРАВИЛА

Вагинална инфекција обично се карактеризира со вагинален исцедок, вулварна иритација или чешање, а може да биде присутен и карактеристичен мирис. Само податоците од медицинската историја се недоволни за поставување на точна дијагноза на вагинитис и можат да водат кон неадекватен третман. Затоа, внимателно земена историја, преглед и лабораториски иследувања се потребни за утврдување на етиологијата на симптомите, вклучувајќи ги информациите за сексуалното однесување и практики, полот на сексуалните партнери, мензисот, вагиналната хигиена (туширање) и употреба на медикаменти. Трите болести кои најчесто се асоцирани со вагинален исцедок се: Trichomoniasis (предизвикана од *T.vaginalis*), бактериска вагиноза (БВ), предизвикана од нарушена вагинална флора која е заменета со анаеробни микроорганизми, (*Prevotella sp*, *Ureaplasma*, *Mycoplasma*, *Gardnerella vaginalis*, како и бројни анаероби), и Candidiasis (најчесто предизвикана од *C.Albicans*). Мукопурулентен цервицитис предизвикан од *C.Trachomatis* или *N.gonorrhoeae* може понекогаш да се пројави со вагинален исцедок. Иако вулвовагиналната кандидијаза обично не се пренесува по сексуален пат, сепак, е вклучена во овој дел заради нејзината честа позитивна дијагноза при евалуација на пациентки со сексуално преносливи болести.

Различни дијагностички методи се на располагање за да се идентификува етиологијата на абнормален вагинален исцедок. Клинички-лабораториски иследувања може да го идентификуваат причинителот кај повеќето жени. Во амбулантата на клиничарот, причинителот за вагиналните симптоми може да се дијагностицира со одредување **на рН на вагината, КОН (калиумхидроксид) - тест и микроскопски преглед на исцедокот**¹. рН се одредува со лакмусова хартија; типично за бактериска вагиноза и трихомонијаза рН е покачен над 4,5. Бидејќи рН тестирањето не е високоспецифично, исцедокот понатаму треба да се испита микроскопски. Микроскопскиот преглед се прави во два примерока: во првиот примерок исцедокот се раствора во една до две капки 0,9% физиолошки раствор, а во другиот примерок се капнува 10% раствор на КОН (калиумхидроксид). Карактеристичен базен мирис што се чувствува пред, или веднаш после капнувањето на КОН сугерира на БВ или трихомонијаза. Се става покривно стакленце на двата примерока и се гледаат под микроскоп под мало и големо зголемување. Примерокот со физиолошки раствор може да покаже мотилни *T.vaginalis* или clue клетки (епителни клетки чии сидови се опкружени со мали бактерии – типични за БВ), додека присуството на леукоцити со отсуство на трихомонас и габи сугерира цервицитис. Типични квасни псеудохифи се гледаат при растворање со КОН, кај кандидијази. Сепак, отсуството на *C.albicans* и *T.vaginalis* при микроскопски преглед не исклучува нивна инфекција, затоа што сензитивноста на микроскопијата е околу 50% компарирана со nucleic acid amplification test(NAAT) за трихомонас и културата за габите. **Во случаи каде лакмусова**

¹ Ограничено достапно во Република Македонија

хартија, КОН и микроскопија не се достапни, при дијагнозата на вагинитис може да се користат алтернативни комерцијално достапни тестови. Присуство на објективни знаци за надворешна вулварна инфламација во отсуство на вагинални патогени организми, проследена со мала количина на вагинален исцедок, сугерира на механичка, хемиска, алергиска, или друга неинфективна иритација на вулвата.

БАКТЕРИСКА ВАГИНОЗА (БВ)

БВ е полимикробен клинички синдром што резултира со замена на нормалната hydrogen peroksid (H₂O₂) продуцирачка бактериска флора (Lactobacillus sp.) во вагината со високи концентрации на анаеробни бактерии (на пример, Prevotella sp., и Mobiluncus sp., Gardnerella vaginalis, Ureaplasma, Mycoplasma hominis и бројни други анаероби). БВ е најчеста причина за засилен вагинален исцедок и мирис, но повеќето од жените со БВ може да не пројават никакви симптоми.

БВ е асоцирана со имање повеќе машки или женски сексуални партнери, нов сексуален партнер, одржување на хигиена со вагинално туширање, некористење на кондом, како и природен недостаток на lactobacilli. Жени коишто никогаш не биле сексуално активни може да бидат афецирани, затоа не е јасно дали БВ резултира од стекнат сексуално пренослив причинител. Сепак, жените со БВ се со зголемен ризик за здобивање со некои СПБ (HIV, Neisseria Gonorrhoeae, Chlamydia trachomatis и HSV-2) компликации по гинеколошки операции, компликации во текот на бременоста и рекуренца на БВ. Од третманот на машкиот сексуален партнер нема корист при превенција од повторување на БВ.

Дијагноза

БВ може да се дијагностицира со клинички критериуми (Амсел) или критериуми на Грам-боење (лабораториски голд стандард во дијагноза на БВ). Ако Грам-боење не е достапно може да се користат клиничките критериуми кои бараат исполнување на три од следниве симптоми или знаци:

- Хомоген, тенок, бел исцедок што глатко ги обложува сидовите на вагината
- Присуство на clue клетки при микроскопски преглед
- рН на вагинален исцедок поголем од 4,5
- Мирис на риба на вагиналниот исцедок пред или по апликација на 10% КОН (whiff test)

Култура на G.Vaginalis не се препорачува бидејќи нема специфичност при поставување на дијагноза на БВ. Цервикалниот ПАП тест нема клиничка примена заради ниската сензитивност при дијагностицирање на оваа состојба.

Третман

Третман се препорачува за жените со симптоми. Потврдените бенефити од третманот на БВ кај жени со претходно исклучена бременост се ублажување на вагиналните симптоми и знаци на инфекција. Останатите потенцијални бенефити вклучуваат редукација на ризикот за здобивање на HIV, Neisseria Gonorrhoeae, Chlamydia trachomatis и други вирусни СПБ.

Препорачани режими на терапија

- **Metronidazole** 500 mg перорално двапати на ден во текот на 7 дена.
Или
- **Metronidazole** гел 0,75%, еден полн апликатор (5g) интравагинално, еднаш на ден, во текот на 5 дена.

Или

- **Clindamycin крем 2%**, еден полн апликатор (5g) интравагинално навечер пред спиење, во текот на 7 дена.

Забелешка: Пациентките не треба да конзумираат алкохол во текот на третманот со метронидазол ниту 24 часа после завршувањето на терапијата. Clindamycin кремите и вагиналетите се на мрсна база па можат да ги ослабнат латекс кондомите и дијафрагмите.

Кога се избира режимот треба да се имаат предвид преференциите на пациентот, можните нусефекти, интеракции на лекови и други коинфекции. Жените треба да се воздржат од сексуални односи или постојано и правилно да се употребуваат кондоми за време на третманот. Вагиналното туширање може да го зголеми ризикот од релапс, не постојат податоци кои го поддржуваат истото во третманот.

Алтернативни режими

- **Tinidazole²** 2g перорално еднаш дневно во тек на 2 дена
Или
- **Tinidazole** 1g перорално еднаш дневно во текот на 5 дена
Или
- **Clindamycin** вагиналети 100mg интравагинално еднаш навечер пред спиење во текот на 3 дена
Или
- **Clindamycin** 300mg перорално двапати дневно во текот на 7 дена

Други режими го вклучуваат метронидазолот 750mg ретард таблети¹ еднаш на ден во текот на 7 дена, или single dose Clindamycin интравагинален крем, но лимитирани се податоците за ефикасноста на овој режим.

Неколку студии ја евалуирале терапијата со вагинални супозитории од Lactobacilli и реставрирање на нормалната флора. Во тек се понатамошни испитувања за улогата на овие режими.

Следење

Нема потреба од контрола после терапијата доколку симптомите се повлечат, затоа што рекурентата на БВ не е невообичаена. Пациентките се советуваат да дојдат на повторен преглед за терапија, при повторно појавување на симптомите. Тогаш е најдобро да се предложи различен препорачан третман. Сепак, повторен третман со истиот топичен режим е прифатлив во текот на раниот стадиум на инфекцијата. За пациентки со мултипли рекуренци по завршувањето на препорачаниот режим, употребата на метронидазол-гелот двапати неделно во текот на 4 до 6 месеци се покажал дека ги намалува рекурентите, иако овој бенефит може да не постои по прекилот на супресивната терапија. Постојат малку податоци за употребата на орален нитроимидазол со интравагинална борна киселина и метронидазол гел при ремисиите кај рекурентна БВ.

Терапија на сексуалниот партнер

Не се препорачува, затоа што рекурентата на болеста кај пациентката не е во врска со рутински третман на нејзиниот партнер.

Специјални случаи

Преосетливост и интолеранција на препорачаната терапија

Интравагинален Clindamycin крем се препорачува при преосетливост на метронидазол или тинидазол. Метронидазол гел се препорачува кај пациентки со интолеранција на системски

² Лекот не е регистриран во Република Македонија, но се работи за алтернативен режим

метронидазол, но кај пациентки алергични на орален метронидазол, истиот не смее да се препише вагинално.

Бременост

Третман се препорачува за сите трудници со пројавени симптоми за БВ. Иако БВ е асоцирана со неповолен исход од бременоста (на пример предвремено прскање на околуплодовите обвивки, интраамнионска инфекција, предвремено раѓање, постпартален ендометритис), единствен етаблиран бенефит од терапијата е намалување на симптомите и знаците на вагинална инфекција. Останати потенцијални бенефити се намалување на ризикот од други инфекции (СПБ и ХИВ).

Две студии демонстрираа ефикасност со 250 mg режим на метронидазол во бременоста. Сепак, двапати дневно може да се употреби 500 mg. Мултипли студии и метаанализи не покажаа асоцијација помеѓу примената на метронидазол во бременост и тератогени или мутагени ефекти кај новороденото. Независно од тоа кој антимикробен агенс се користи за третман на бремените, оралната терапија се преферира поради можноста од постојни супклинички инфекции на горно-гениталниот тракт.

Препорачани режими за бремени жени

- **Metronidazole** 500mg орално двапати на ден, во текот на 7 дена.
Или
- **Metronidazole** 250mg орално трипати на ден, во текот на 7 дена.
Или
- **Clindamycin** 300mg орално двапати на ден во текот на 7 дена.

Третманот на асимптоматска БВ кај трудници со висок ризик од предвремено породување (со претходна историја за прематуритет) е евалуиран во неколку студии со различни резултати. Оттаму, постојат недоволно докази за да се процени влијанието на скринингот за БВ кај трудници со висок ризик за предвремено породување.

Слично на тоа, неконзистентни податоци постојат околу тоа дали третманот на трудници со БВ, кои се со низок ризик за предвремено породување го намалува несаканиот исход од бременоста. Иако U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF) препорачува против скринирање на овие трудници, една студија покажала редуција од 40% на спонтаното предвремено породување кај жени кои користеле орален клиндамицин од 13 до 22 г.н. Неколку други студии покажале дека интравагинално даден клиндамицин од 20 г.н. и подоцна не ја смалува стапката на предвремено породување. Дури кај три од овие студии интравагинално дадениот клиндамицин бил асоциран со несакани ефекти (ниска родилна тежина и неонатални инфекции) кај новородените. Значи, интравагиналниот клиндамицин може да е асоциран со несакани исходи ако се употребува во втората половина од бременоста.

ХИВ инфекции

БВ изгледа рекурира со поголема честота кај ХИВ позитивни жени. Пациентки со ХИВ инфекција кои имаат БВ треба да се третираат подеднакво како и ХИВ негативните пациентки.

TRICHOMONIASIS

Етиолошкиот причинител за trichomoniasis е протозоата *T. vaginalis*. Некои мажи кои се инфицирани со *T.vaginalis* немаат никакви симптоми, додека други имаат нон-гонококални уретритиси. Некои инфицирани жени имаат карактеристични симптоми за оваа состојба: дифузен, смрдлив, жолто-зелен исцедок проследен со вулварна иритација. Но, многу жени имаат минимални или никакви симптоми. Заради високата преваленца, за *T.vaginalis* треба да се направи тестирање кај жени кои се обраќаат на лекар заради вагинален исцедок. Скрининг

за *T.vaginalis* може да дојде предвид кај оние со висок ризик (на пример, жени со нови или мултипни партнери, со историја за СПБ, проститутки, употреба на инјекциони дроги).

Дијагнозата се поставува микроскопски, но, сепак, овој метод има 60-70% осетливост, а треба да се направи веднаш. Постојат и комерцијални тестови, но осетлива и високоспецифична метода е култура на *T.vaginalis*. Кај жени кај кои се сомнева за трихомонијаза, а истата не може да се потврди микроскопски, вагиналниот секрет треба да се култивира за *T.vaginalis*. Сензитивноста на конвенционалниот ПАП тест е ниска, додека liquid-based тестот покажува подобрена сензитивност. Сепак, лажно-позитивни тестови може да се појават, па е потребна потврда во некои случаи. Постои и PCR – базиран тест за детекција на *T.vaginalis* од вагинален и цервикален брис и урина од жени и мажи (сензитивност од 88 до 97%, специфичност од 98 до 99%).

Кај мажи, нативната микроскопија не е сензитивна, па дијагностичка опција е култура на урина, уретрален брис и сперма. Сепак, NAAT (PCR) имаат супериорна сензитивност во дијагноза на *T.vaginalis* кај мажи.

Орално и ректално тестирање за *T.vaginalis* не се препорачува (не инфицира усна празнина, ниска ректална преваленца).

Препорачани режими

- **Metronidazole** 2g орално во единечна доза.
Или
- **Tinidazole**³ 2g орално во единечна доза.

Алтернативен режим

- **Metronidazole** 500mg двапати дневно во текот на 7 дена.

Нитроимидазолите се единствена група со терапевски ефект кај трихомонијаза при перорална и парентерална апликација. Од нив, метронидазолот и тинидазолот се одобрени од FDA за третман на трихомонијаза. Во рандомизирани клинички студии препорачаните режими со метронидазол се докажале со 90 до 95% успех, а со тинидазол со 86 до 100%. Адекватното лекување на партнерите може и да ги зголеми овие стапки. Рандомизирани, контролирани студии, кои споредувале единечни (2g) дози на метронидазол со тинидазол, сугерираат дека тинидазолот е еднаков или супериорен на метронидазолот во смисла на резолуција на симптомите, микробиолошко излекување и редукција на трансмисијата. Метронидазол гелот при трихомонијаза е со многу помал ефект од оралните препарати заради постигнување на ниски (нетераписки) дози во уретрата и перивагиналните жлезди. Затоа не се препорачува употреба на гел.

Контролни прегледи

Ако третманот не е успешен со метронидазол 2g и реинфекција е исклучена, пациентот може да се третира со метронидазол 500mg двапати на ден во текот на 7 дена. До колку третманот повторно е неуспешен пациентот треба да се третира со единечна доза на метронидазол или тинидазол 2g, 5 дена. Доколку повторно е неуспешен третманот, треба да се консултира специјалист, евентуално да се одреди суспензивноста на *T. vaginalis* на метронидазол и тинидазол.

³ Лекот не е регистриран во Република Македонија, но се работи за алтернативен режим

Третман на сексуалните партнери

Треба да се третираат сите сексуални партнери со еден од наведените режими со избегнување на сексуални односи до излекувањето.

Специјални случаи

Алергиски реакции, преосетливост и придружни негативни ефекти

Метронидазолот и тинидазолот се нитроимидазоли. Пациентите со моментна алергиска реакција може да се подложат на десензибилизација по консултација со специјалист. Топична или друга терапија може да се проба, но со помала ефикасност (степен на излекување помалку од 50 %).

Бременост

Вагиналната трихомонијаза е асоцирана со негативни исходи на бременоста (предвременно прскање на окулуплодовите обвивки, предвременно раѓање како и ниска тежина на новороденото). Сепак, не е докажано дека третманот со метронидазол го намалува перинаталниот морбидитет. Асимптоматските пациентки не треба да се третираат, затоа што не се докажало дека ја намалуваат стапката на негативните исходи, додека, пак, пациентките со симптоми треба да се третираат со единечна доза на метронидазол 2g, за да се намалат симптомите. Досега направените мултипли студии и метаанализи не покажаа можна тератогеност и мутагеност на метронидазолот. Безбедноста на тинидазолот кај трудници не е доволно евалуирана.

Кај доилки кои примаат метронидазол се прекинува доењето за време на терапијата од 12 до 24 часа после последната доза. За оние кои примаат тинидазол, се препорачува прекин на доењето за време на третманот до 3 дена после последната доза.

ХИВ инфекција

Пациентките кои се ХИВ позитивни и се инфицирани со *T.vaginalis* треба да добијат ист третман како и ХИВ негативните пациентки со трихомонијаза. Неодамнешна рандомизирана клиничка студија демонстрира дека единечна метронидазол доза (2g) не е толку ефективна како 500mg двапати дневно во текот на 7 дена. Затоа, мултидозен режим може да дојде предвид за инфекција со *T.vaginalis* кај ХИВ инфицирани жени.

ВУЛВОВАГИНАЛНА КАНДИДИЈАЗА (ВВК)

Најчесто предизвикана од *Candida albicans*, но понекогаш и од останатите *Candida sp.* или други габички. Типичните симптоми вклучуваат чешање и вагинален исцедок. Останати симптоми се вулварно горење, диспареунија, екстерна дизурија. Ниеден од овие симптоми не е специфичен за ВВК. Околу 75 % од женската популација има искусено ВВК, додека 40 до 45% имале повеќе од една епизода. Врз основа на клиничката презентација, микробиолошките тестови и исходот од терапијата, ВВК може да биде комплицирана или некомплицирана. Околу 10 до 20% од пациентките имаат комплицирана ВВК која бара дијагностички и терапевтски мерки.

Неkomplицирана ВВК

Дијагноза кај неkomplицирани ВВК

Дијагнозата за *Candida vaginitis* се поставува веќе при клиничката манифестација: екстерна дизурија и пруритус, болка, оток и црвенило. Може да има и вулварен едем, фисури, екскоријации и густ, белузлав исцедок. Дијагнозата кај жена со знаци и симптоми на вагинитис се поставува со 1) нативен препарат (физиолошки раствор, 10% КОН) или боење по Грам кое

ги покажува габите, хифите или псеудохифите или 2) култура или други тестови кои го покажуваат специесот. *Candida vaginitis* е асоцирана со нормален вагинален рН (помал од 4,5), затоа рН тестирање не е од корист при дијагнозата. Користење на 10% КОН кај нативните микроскопски препарати ја подобрува визуелизацијата на габите и мицелиумите со дизрупција на целуларниот материјал кој може да ги прикрие габите или псеудохифите. Преглед на нативен препарат со КОН треба да се направи кај сите жени со симптоми и знаци за ВВК, а оние со позитивен резултат треба да се третираат. За оние со негативен резултат, но со симптоми треба да се земе предвид култивација за *Candida*. Ако нативниот препарат е негативен, а не може да се направи култура, треба да се земе предвид емпириски третман за симптоматски жени со кој било знак за ВВК при прегледот. Идентификацијата на *Candida* со микробиолошка култура во отсуство на симптоми не е индикација за терапија, затоа што приближно 10 до 20% од жените носат *Candida sp.* или останати габички во вагината. ВВК може да се појави со друга СПБ. Кај најголемиот број здрави жени со некомплицирана ВВК не може да се идентификува преципитирачки фактор.

Третман

Краткотрајни топични формулации (на пример,, единечни дози и режими во траење од 1 до 3 дена) ефективно ја третираат некомплицираната ВВК. Локално аплицираните азолни препарати се поефективни отколку нистатин. Третманот со азоли резултира со ослободување од симптомите и негативни култури кај 80 до 90% од пациентките по завршување на терапијата.

Препорачани режими

Интравагинални апликации:

- **Butoconazole**⁴ 2% крема 5g интравагинално во текот на 3 дена
Или
- **Clotrimazole** 1% крема 5g интравагинално во текот на 7-14 дена
Или
- **Clotrimazole** 2% крема 5g интравагинално во текот на 3 дена
Или
- **Miconazole** 2% крема 5g интравагинално во текот на 7 дена
Или
- **Miconazole** 4% крема 5g интравагинално, по една во текот на 3 дена
Или
- **Miconazole** 100mg вагиналета, по една во текот на 7 дена
Или
- **Miconazole** 200mg вагиналета по една во текот на 3 дена
Или
- **Miconazole** 1200mg вагиналета, една во текот на 1 ден
Или
- **Tioconazole**¹ 6,5 % 5g интравагинално во единечна апликација
Или
- **Nystatin** 100,000-единици вагиналета, по една таблета во текот на 14 дена
Или
- **Butoconazole**¹2% крема 5g (со продолжено ослободување) единечна интравагинална апликација.
Или
- **Terconazole**¹ 0,4% крема 5g интравагинално во текот на 7 дена
Или
- **Terconazole**¹ 0,8% крема 5g интравагинално во текот на 3дена.

⁴ Лекот не е регистриран во Република Македонија, но е еден од повеќето препорачани лекови

Или

- **Terconazole**¹ 80mg вагиналета по една во текот на 3 дена.

Или

- **Орални агенси:**
- **Fluconazole** 150mg орална таблета, една таблета во единечна доза.

Забелешка: кремите и вагиналетите се на масна база и можат да ги ослабнат латекс кондомите и дијафрагмите. Терапијата може и сама да ја ординира пациентката ако претходно имала дијагностицирано ВВК со истите симптоми, но ако после терапијата нема повлекување на симптомите или истите рецидивираат во склоп на 2 месеца после терапијата, треба да се побара стручно мислење. Непотребно и несоодветно земање на терапијата на своја рака бидејќи може да доведе до доцнење во третманот на други етиолошки причинители и несакани клинички исходи.

Контролни прегледи

Само ако симптомите перзистираат после терапијата или рецидивираат во склоп на 2 месеца од почетокот на симптомите.

Третман на сексуалните партнери

ВВК не е типично пренослива болест со сексуален однос, па третманот на сексуалниот партнер не е препорачлив. Многу мал број на мажи може да има т.н. balanitis кој се карактеризира со еритематозни ареи на glans penis со појава на чешање и иритација. Најдобро е да се примени локална антифугална терапија.

Специјални случаи

Алергија, интолеранција и нуспојави

Локално аплицираните лекови обично не предизвикуваат системски негативни придружни ефекти, но може да дојде до локална иритација и чувство на горење. Оралната терапија со азоли ретко може да биде асоцирана и со покачување на хепаталните ензими. Можни се интерреакции со astemizole, калциум блокатори, cisaprid, coumadin, cyclosporine A, орални хипогликемици, phenytoin, протеаза инхибитори, terfenadin, tacrolimus, theophyllin, trimetrexate, rifampin и warfarin.

Комплицирани ВВК

Рецидивирачки вулвовагинални кандидијази (РВВК)

Се дефинира како четири или повеќе епизоди на симптоми на ВВК во текот на една година, афектира мал број од женската популација - помалку од 5%. Патогенезата не е многу јасна за овие рецидивирачки епизоди, затоа што повеќето од пациентките немаат предиспозиции за нив. Потребно е да се реализираат вагинални микробиолошки култури за да се потврди клиничката состојба или да се идентификуваат нови специеси на габички, non-albicans species, посебно Candida glabrata (оваа габа не формира хифи и псеудохифи и не е лесно да се идентификуваат микроскопски). C. glabrata и останатите non albicans Candida species се најдени кај 10 до 20% од пациентките со РВВК. Конвенционалните антимиотици не се толку ефикасни врз останатите специеси како врз C. albicans.

Третман

Секоја индивидуална епизода на РВВК предизвикана од *C.albicans* респондира на кратка орална или локална терапија со азоли. Во секој случај некои специјалисти предлагаат подолготрајна иницијална терапија (од 7 до 14 дена локална терапија или 100, 150 или 200mg. орална терапија со Fluconazol секои 3 дена, вкупно три дози, ден 1, 4 и 7) за миколошка ремисија пред антифугалната терапија на одржување.

Терапија за одржување

Орален флуконазол (100, 150 или 200mg) еднаш неделно во текот на 6 месеци е прва линија на третман. Ако ова терапија не е ефикасна, треба да се земат предвид топични интермитентни третмани.

Супресивната терапија на одржување е ефективна во редукцијата на РВВК. Сепак, од 30 до 50% од жените ќе имаат рекурентна по завршување на терапијата за одржување. Рутински третман на сексуалниот партнер е контроверзно прашање. Резистенција на *C.albicans* на азоли е ретка и тестирање за суспензивност обично не е потребно за водење на индивидуалниот третман.

Тешки ВВК

Тежок вулвовагинитис (екстензивна вулварна еритема, едем, ексоријација и формирање на фисури) има послаб тераписки одговор на кратки дози на локална и орална терапија. Препорачани режими се: локално азол од 7 до 14 дена или 150mg орално fluconazole во две последователни дози, втората да се повтори после 72 часа.

Non-albicans ВВК

Сè уште нема оптимален третман. Подолготрајна иницијална терапија (7-14 дена) со нефлуконазолски азоли (орално или локално) е терапија од прва линија. Ако се појави рецидив на симптомите 600mg борна киселина во желатинска капсула⁵, се администрира вагинално еднаш на ден во текот на 2 недели. Овој режим има 70% клиничка и микотичка ерадикација. Ако симптомите се повратат, се советува реферирање кон специјалист.

Специјални случаи

Компромитиран домаќин

Пациентки со дебилитирачки состојби (на пример, неконтролиран дијабетес или пациентки на терапија со кортикостероиди) нема да дадат добар одговор на кратките третмани. Кај нив е потребна конвенционална подолготрајна терапија (7-14 дена).

Бременост

ВВК е честа појава во текот на бременоста. Препорачлива е само локално азолска терапија во траење од 7 дена.

⁵ Недостапно во Република Македонија, но не е терапија од прв избор

ХИВ инфекција

Инциденцата на ВВК кај ХИВ инфицирани жени е непозната. Колонизацијата на *Candida* кај ХИВ позитивните е поголема отколку кај ХИВ негативните. Симптомите се почести кај ХИВ позитивните и се од потежок карактер заради имуносупресијата.

Врз основа на досегашните информации, терапијата не треба да се разликува од таа кај ХИВ негативните. Долготрајна профилактиска терапија со fluconazole 200mg неделно е ефективна во намалување на *C.albicans* колонизацијата и симптомите на ВВК, но не е препорачлива како примарна профилакса кај сите ХИВ позитивни пациентки без симптоми на рекурентна ВВК. Имајќи ја предвид фреквенцијата на РВВК кај имунокомпетентни здрави жени, појавата на истата не се смета за индикација за ХИВ тестирање кај претходно ХИВ негативни жени.

РЕФЕРЕНЦИ

1. Centers for Disease Control and Prevention(CDC) . Diseases characterized by vaginal discharge. In:Sexually transmitted diseases treatment guidelines,2010. MMWR Recomm Rep 2010 Dec 17;59(RR-12):56-63.

Guideline Developer(s)

Centers for Disease Control and Prevention - Federal Government Agency [U.S.]

1. **NGC Guidelines, 13.09.2011, www.guideline.gov**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 4 години.**
3. **Предвидено е следно ажурирање до март 2015 година.**