

## Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıkların Taranması Ve Tedavi Protokollerinin Karşılaştırılması

### Comparison of Screening And Treatment Protocols Of Sexually Transmitted Diseases

Yrd. Doç. Dr. Savaş KANBUR<sup>1</sup>

1. İstanbul Gedik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, İş Sağlığı ve Güvenliği Bölümü, İstanbul, Türkiye

#### ÖZET

**Amaç:** Kadınlarda vulvovajinal yakınmalar sağlık kuruluşlarına başvurma sebepleri arasında ilk sıralarda yer almaktadır. Vulvovajinal enfeksiyonlar, ayrıca kadınlarda cinsel yolla bulaşan hastalıkların başvuru şikayetleri arasında da önemli bir yer tutmaktadır. Cinsel yolla bulaşan hastalıklar kadınlarda kalıcı üreme sağlığı problemlerine sebep olabilirler. Bu durum vulvovajinal enfeksiyon bulgularıyla sağlık kuruluşlarına gelen hasta popülasyonunda cinsel yolla bulaşan hastalıkların mutlaka ortaya çıkarılması konusundaki önemi göstermektedir. Günümüzde vulvovajinal enfeksiyon sebebi olan *Candida Albicans*, *Gardnarella Vajinalis*, *Trichomonas Vajinalis*, *N. Gonore* ve *Sifiliz* gibi bakteriyel, parazitel yada mantarlara bağlı nedenler toplam vulvovajinal enfeksiyonların %80'ini oluşturmaktadır. Yapılan bu kesitsel araştırma ile indirekt yoldan Türkiye'deki cinsel yollardan bulaşan hastalıkların sıklığı ile ilgili bilgi sahibi olunması ve tedavi seçeneklerinin karşılaştırılması amaçlanmıştır.

**Gereçler ve Yöntem:** Doktor Zekai Tahir Burak Kadın Hastanesi jinekoloji polikliniğine başvuran hastalardan kanaması olmayan 386 hastada STD (Cinsel yolla bulaşan hastalık-Sexual Transmitted Disease) taraması yapıldı. STD Taraması yapılan hastalarda tarama yöntemi olarak kültür, fresh preparat ve gram boyama yapıldı. Bu metodlardan herhangi birinde etkenin gösterilemediği gruplardaki bireylerden lökosit sayısı 10'dan fazla olanlar bol lökosit grubu olarak adlandırılmıştır. Yapılan taramada etkenin gösterilemediği gruplardaki bireylerden lökosit sayısı 10'dan az olanlar lokal hijyen grubu olarak ele alınmıştır. Bol lökosit grubu olarak adlandırılan grubun çalışmanın kapsamında olmayan %20'lik gruba giren virütik ve idiopatik etkenlerin oluşturduğu grup olarak düşünülmüştür.

**Bulgular:** Nisaiye polikliniğine Nisan-Haziran 1996 tarihleri arasında belirtilen koşullara uygun toplam 386 hasta gelmiştir. Bu hastaların dökümü yapıldığında *Candida* %19.9 (77 hasta), *Trichomonas* %2.3 (9 hasta), *Bakteriyel vajinozis* %15.2 ile 2.sıklıkta gözlenmiştir. Bol lökosit bulunan hasta sayısı %11.3 (30 hasta) olarak tespit edilmiş ve bu grup *Chlamydia* + *Mikoplazma* + *Viral enfeksiyon* olarak değerlendirilmiştir. Kontrol 268 hasta gelmiştir, ve bu toplam grubun %69.4 ü olarak gerçekleşmiştir. Verilen tedavi farklılıklarının etkinliğinin karşılaştırılması yapılmıştır.

**Sonuç:** Yaptığımız çalışmada nisaiye polikliniğine başvuran kanaması olmayan hastalarda gonore %1.03 (4/386), sifiliz %1.03 (4/386), *trichomonas* %2.3 (9/386), bakteriyel vajinozis %15.2 (59/386), *Candida albicans* %19.9 (77/386) olarak bulunmuştur. Uygulanan tedavi protokollerini uygulamada ne kadar titiz davranılırsa davranılsın kişisel davranış farklılıklarından kaynaklanan değişimlerin tamamen yok edilememesinden dolayı protokoller arasında her ne kadar etken madde farkı olsa bile tedavi ajanlarının aslında birbirlerine fazla üstünlüklerinin olmadığı kanaatindeyiz.

**Anahtar Kelimeler:** cinsel yolla bulaşan hastalıklar, jinekoloji, vulvovajinal enfeksiyonlar, çalışan kadın sağlığı, üreme sağlığı

#### İletişim Bilgileri

**Sorumlu Yazar:** Yrd. Doç. Dr. Savaş KANBUR

**Yazışma Adresi:** İstanbul Gedik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, İş Sağlığı ve Güvenliği Bölümü, İstanbul, Türkiye

**E-posta:** savas.kanbur@gedik.edu.tr

**Tel:** +90 444 5 438

**Makale Geliş Tarihi:** 16.12.2017

**Makale Kabul Tarihi:** 06.01.2018

**DOI:** <http://dx.doi.org/10.16948/zktpb.367072>

#### ABSTRACT

**Objective:** Vulvovaginal complaints are one of the top reasons for applying to medical institutions in women. Vulvovaginal infections also take an important place in chief complaints in sexually transmitted diseases in women. Sexually transmitted diseases can cause permanent reproductive health problems in women. This situation shows the importance of the fact that sexually transmitted diseases must be diagnosed in patient population who apply to medical institutions with vulvovaginal infection symptoms. Today bacterial, parasitic and fungal vulvovaginal infection causes like *Candida Albicans*, *Gardnarella Vaginalis*, *Trichomonas Vaginalis*, *N. Gonorrhoeae*, *Syphilis* make up 80% of the total vulvovaginal diseases. In this cross-sectional study, having information on the frequency of sexually transmitted diseases in Turkey indirectly and comparison of treatment options are aimed.

**Material and Methods:** 386 non-bleeding patients who applied to Doktor Zekai Tahir Burak Women's Hospital gynecology polyclinic, were screened for STD (Sexually Transmitted Disease). Culture, fresh prepare, and gram staining methods were used for screening. In any of these methods, individuals from groups where agent was not shown, who had leucocyte count greater than 10, were identified as leucocyte group. In the screening, individuals from groups where agent was not shown, who had leucocyte count less than 10, were identified as local hygiene group. Group which was identified as leucocyte was considered as the 20% that was not in the scope of this study, consist of viral and idiopathic agents.

**Results:** Between April-June 1996, 386 patients who were eligible for given conditions, applied to Gynaecology polyclinic. *Candida* 19.9% (77 patients), *Trichomonas* 2.3% (9 patients), and *Bacterial Vaginosis* as the second most frequent with 15% were observed. Patient count with leucocyte were found as 11.3% (30 patients) and this group was considered as *Chlamydia* + *Microplasma* + *Viral infection*. 268 patients underwent examinations, and this was accounted as 69.4% of the total group. Effectiveness of treatment differences were compared.

**Conclusion:** In our study, gonorrhea 1.03% (4/386), syphilis 1.03% (4/386), *trichomonas* 2.3% (9/386), *Bacterial Vaginosis* 15.2% (59/386), *Candida Albicans* 19.9% (77/386) were found in non-bleeding patients who applied to Gynaecology Polyclinic. We decided that, even though treatment protocols have different active agents, treatment agents don't have superiority over one another, no matter how precisely treatment protocols were applied, as the changes caused by individual behavior differences cannot be eliminated.

**Keywords:** sexual transmitted diseases, gynecology, vulvovaginal infections, working woman's health, reproductive health

#### GİRİŞ

Kadınlarda vulvovajinal yakınmalar doktora başvurma sebepleri arasında ilk sıralarda yer almaktadır. Vulvovajinal enfeksiyonlar önemli ve kalıcı problemlere sebep olabilirler. Bu problemler içerisinde en büyük yeri cinsel yolla bulaşan hastalıklar işgal eder. Dolayısı ile, vulvovajinit belirtileri ile gelen hasta popülasyonunda altta yatan bu problemler mutlaka aydınlatılmalıdır.

Günümüzde vulvovajinit sebebi olan Kandida albicans, Gardnerella vaginalis, Trikomonas vaginalis, N. gonore ve sifiliz gibi bakteriyel yada paraziter kökenli grup, toplam vulvovajiniitlerin %80' ini oluşturmaktadır. Bu noktadan hareket ile, konunun önemi doğrultusunda, bu geniş kapsamlı araştırmayı planladık. Dolayısı ile hem hastanemize başvuran popülasyonu, hem de en geniş kapsamlı araştırma olması sebebiyle indirekt yoldan Türkiye popülasyonunu taramış ve bu konuda bilgilenmiş olduk.

Bugüne kadar seksüel yolla bulaşan hastalıklar konusunda gerçek istatistiki değerlere ulaşamadığı gözönüne alınır, yaptığımız bu araştırmanın bu konuda da ilk olması bize kıvanç ve güç vermektedir. Bu araştırmanın geride kalan % 20' lik virütik ve idiopatik gruplarda içine alınarak planlandığı gözönünde tutulursa, sözü edilen ancak tabu olduğu için konuşulamayan toplumumuzda, HIV dahil tüm cinsel yolla bulaşan hastalıkların tanınması, tedavisi, takibi ve en önemlisi profilaksisi en iyi şekilde tarafımızca yapılacaktır. Bu da hem hastanemiz adına, hem bakanlığımız adına uluslararası platformda söz sahibi olmamızı sağlayacaktır.

## GEREÇ ve YÖNTEM

Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Hastanesi Nisaiye polikliniğine başvuran hastalardan kanaması olmayan 386 hastada STD taraması yapılarak, bu hastalarda farklı tedavi seçenekleriyle tedavi ajanlarının karşılaştırılması ve verilen tedavi sırasında kullanılan ilaçların sistemik etkilerinin araştırılması.

Nisaiye Polikliniğine başvuran hastalarda ilk olarak tarama formu içerisinde yer alan sorular yanıtlandı. Bu formda hastanın obstetrik hikayesini ortaya çıkaran Gravida, Parite, Abortus, ve D&C sayısı sorularının yanısıra, eğitim durumu, işi, şikayeti, bu şikayetin ne zaman başladığı sorularının yanında hastanın polikliniğe ilk başvurduğunda alınacak olan Açlık Kan Şekeri (AKŞ), Karaciğer Fonksiyon Testleri (KCFT), ki bunlar Alkalen fosfataz, SGOT, SGPT, T. Bilirubin, Direkt Bilirubin dir, bu veriler haricinde uygun STD hastalarının taranmasında yardımcı olacak testler sırasıyla yer almaktadır. Tüm hastalardan daha önceden tez konusunda ve materyal alma konusunda bilgilendirilmiş nisaiye asistanları tarafından üç ayrı odada aynı teknikle alınan kültür (servikal), fresh, Gram boyama istenmiştir. Sifiliz taraması için başvuran tüm hastalardan RPR istenmiş, RPR (+) olan hastalardan karanlık saha ve Treponemal testler istenmiştir. RPR kiti bizim tarafımızdan sağlanmıştır, hastanemize ek bir yük getirmemiştir. Diğer tüm testler hastanemiz bakteriyoloji laboratuvarında aynı ekip tarafından değerlendirilmiş ve sonuçlandırılmıştır.

Hasta grubu Nisan-Haziran 1996 tarihleri arasında jinekoloji polikliniğine başvuran hastalardan seçilmiştir, sifiliz tanısı konan hastaların takipleri Aralık 1996 tarihine kadar yapılmıştır. Hastaların ilk başvuru sırasında alınan tetkiklerinden sonra kontrole çağırılarak tetkiklerinden çıkan sonuçlara göre tedavi protokollerine alınmışlardır.

Tedavi protokollerinde Kandida albicans tanısı alan hastalara GynoTrovagen (İsokonazol), Gyno-Trosyd (Tiokonazol) ve Ketoral (Ketokonazol) lokal uygulanımı yapılmıştır. Trichomonas Vaginalis tanısı alan hastalara Biteral Vajinal tablet (Ornidazol), Neo-Penotran Vajinal ovül (Metronidazol + Mikonazol), ve Kemicetine Vajinal ovül (Kloramfenikol) verildi. Bakteriyel vajinozis tanısı alan hastalara Biteral tablet + Gynoflor vajinal tablet (Lactobacillus + Estriol), Flagyl tablet (Metranidazol) + Gynoflor vajinal tablet, ve Zitromax kapsül (Azithromycin) + Gynoflor vajinal tablet verildi. Gonore tanısı alan hastalara Ceftriakson Igr. Flakon İm + doksisisiklin 100 mg 1X1 7 gün verilmiştir. Sifiliz tanısı alan hastalara ise Penadur-LA im 1200000 sağ ve sol kalçaya (Benzatin Penicilin G) verildi. (Sifiliz ve gonore tedavileri standart tedavi rejimleri olduğu için farklı seçenekler kullanılmamıştır.

STD taraması yapılan hastalardan kültür, fresh, ve Gram boyamasında herhangi bir üreme olmayan ancak 10 dan fazla lökosit olan hastalar bol lökosit grubu olarak ele alınıp, Zitromax + Gynoflor tedavisi ile, 10 dan az lökosit olanlar da lokal hijyen grubu olarak değerlendirilip Gynoflor vajinal tablet tedavisine ilaveten kendilerine vajinal hijyenin nasıl sağlanacağı hakkında bilgi verildi.

Yukarıda sözü edilen ilaçların kullanım şekli aşağıda yer alan tablodaki gibidir:

Gyno Trovagen vajinal tablet / 1x2 tab. tek doz	Gyno Trosyd vajinal tablet / 1x1 tab . 3 gün
Ketoral vajinal ovül / 1x1 ovül 5 gün	Biteral vajinal tablet / 1x1 tablet 9 gün
Neo Penotran vaj. Ovül / 1x1 ovül 14 gün	Kemicetin vajinal ovül / 1x1 ovül 12 gün
Biteral tablet / 2x2 tablet 5 gün	Zitromax kapsül 500 mg / 1x1 kapsül 3 gün
Rocephin 1 gr flk / 1x1 flk im	Penadur LA 1.200.000 iü / 1x2 flk. 1 gün
Doksisisiklin 100 mg kapsül / 1x1 kapsül 7 gün	Gynoflor vajinal tablet / 1x1 tablet 6 gün

Hastalara etkene göre farklılık gösteren tedavileri verildiğinde ek olarak kendilerine çeşitli önerilerde bulunulmuştur. Bunlar sırasıyla;

- 1) Hastalar tedavi aldıkları süre içerisinde eşleriyle cinsel ilişkilerine ya ara verecek, yada prezervatif kullanmak suretiyle beraber olacaklardır.
- 2) Hastalar tedavi sırasında her gün çamaşır değiştireceklerdir. (Naylon veya sentetik iç çamaşırı yerine pamuklu iç çamaşırını giyeceklerdir.
- 3) Hastalar tedavi aldıkları sürece genital bölgeyi havasız, terli ve sıcak tutacak sıkı giysilerden kaçınacaklardır.
- 4) Hastalar tedavi sırasında banyo yaparken duş şeklinde banyo yapacak ve vajen İçerisini kozmetik maddelerle yıkamayacaklardır.

Hastalar verilen tedaviler ve öneriler doğrultusunda belirli protokollerde belirli aralıklarla kontrole

çağırılmışlardır. Kontrole gelecek hastalara kontrol günü aç olarak gelmeleri de ayrıca söylenmiştir. Kontrole gelen hastalardan tekrar AKŞ, KCFT (Kullanılan ilaçların yan etkilerini araştırmak amacı ile) , Kültür, fresh ve Gram boyama alındı ve tedavinin sonundaki başarılar aynı tedavi protokolleri içerisinde değerlendirilmeye alındı. Kontrole gelen hastalar poliklinikte aynı odalarda ve aynı asistanlar tarafından değerlendirilmiş ve tetkikleri istenmiştir. Yapılan tetkiklerdeki fresh için 1/3 vajen arka duvarının lateralinden, kültür için servikal ostan kültür çubuğu ile servikal mukus temizlendikten sonra materyal alınmıştır. Gram boyama da Wett preparat olarak hazırlanan lamlardan enfeksiyon hastalıkları uzman ve laborantları tarafından ve aynı ekipçe değerlendirilmiştir. Sifiliz tanısı alıp Benzatin Penisilin G 2.4 milyon ünite İM tedavi alan hastalar haftalık RPR titresi ile değerlendirilip 3 kere titresi azalan veya sabit kalan hastalar kür kabul edilerek 3 ve 6. Aylarda RPR kontrollerine çağırılmışlardır.

## BULGULAR

Nisaiye polikliniğine Nisan - Haziran 1996 tarihleri arasında yapılan araştırmada toplam 386 hasta gelmiştir (Tablo 1).

**Tablo 1:** Nisaiye Polikliniği'ne başvuran hastalarda STD insidansı.

Toplam hasta sayısı:	386
Kandida:	77 (%19.9)
Trikomonas:	9 (%2.3)
Bakteriyel vajinoz:	59 (%15.2)
Gonore:	4 (%1.03)
Sifiliz:	4 (%1.03)
Lökosit (10'dan az)	189 (%48.8) Bu hastalar vajinal hijyen grubu olarak değerlendirilmiştir.
Lökosit (10'dan fazla)	44 (%11.3) Bu hastalar chlamydia/viral enfeksiyon olarak değerlendirilmiştir.

Bu hastaların dökümü yapıldığında Kandida %19.9 (77 hasta), Trikomonas %2.3 (9hasta), Bakteriyel vajinozis %15.2 ile 2.sıklıkta gözlenmiştir. Bol lökosit bulunan hasta sayısı %11.3 (30 hasta) olarak tespit edilmiş ve bu grup Chlamydia + Mikoplazma + Viral enfeksiyon olarak değerlendirilmiştir. Rutin taramada %1.03 Sifilis ve Gonore bulunmuş olması düşündürücüdür. Lokal hijyen grubu olarak alınan hastaların %48.8 olarak gelmesi müslüman toplumlarda lokal hijyen ile ilgili yanlış uygulamaları gösterebilir. Gusül abdesti adı altında lokal hijyeni bozan ve doğal bariyeri ortadan kaldıran uygulamanın toplumun büyük kesiminde geçerliliğini göstermektedir.

**Tablo 2:** 2.Kontrole gelen hastaların dağılımı:268 (%69.4).

Kandida:	42
Trikomonas:	3
Bakteriyel vajinos:	39
Gonore:	3 (Hastaların kontrolü devam etmektedir.)
Sifiliz:	4 (Hastaların kontrolü devam etmektedir.)
Lökosit (10'dan fazla)	18
Kür:	159

Kontrole 268 hasta gelmiştir (Tablo 2), ve bu toplam grubun %69.4 ü olarak gerçekleşmiştir. Kandida albicans, Trikomonas vaginalis ve Bakteriyel vajinozis sayılarının içerisinde daha önce lokal hijyen grubu olup kontrolde bu 3 etkenin ürettiği hastalar da vardır. Bazı hastalarda ise Kandida tedavisi verilmiş, kontrolde bakteriyel vajinozis gelmiştir, bu bulgular ya mixt enfeksiyon olması, yada tedavi öncesinde hastalara söylenen cinsel perhize uyulmaması neticesinde gerçekleştiği düşünülmektedir. Verilen tedavi farklılıklarının etkinliğinin karşılaştırılması yapıldığında (Tablo 3), Kandida tanısı alan 77 hastanın 30'una Gyno Trovagen, 27' sine Gyno Trosyd ve 9'una Ketoral verilmiştir. Bu hastalardan Gyno Trovagen verilenlerin %807 (24'ü), Gyno Trosyd verilenlerin %66'sı (18'i) ve Ketoral verilenlerin %30'u (3'ü) kür olmuştur. Ancak bu hastalarda Gyno Trovagende kür olmayan hastaların 3'ünde bakteriyel vajinozis, 3'ünde Kandida tekrar üremiştir. Gyno Trosyd grubunda tedavi olmayan 9 hastanın 3'ünde Bakteriyel vajinozis, 6' sında da Kandida üremiştir. Bakteriyel vajinozis tedavisi olan hastalarda Flagyl Grubunda %60 kür (9hasta) bulunmuş, 6 hastanın da 3 tanesinde Bakteriyel vajinozis, 3 tanesinde Kandida üremiştir. Biteral tablet grubunda 21 hastanın %57'si (12 hasta) kür olmuş, kalan 9 hastanın hepsinde Bakteriyel vajinozis üremiştir. Zitromax grubunda ise 9 hasta vardır ve 6'sında kür (%66) olmuş, 3 hastada Bakteriyel vajinozis tekrar üremiştir.

Trikomonaslı hastaların 6'sına Neo Penotran, 3' üne Biteral vajinal tablet verilmiştir. Bu grupta Neo Penotranın %0, Biteral vajinal tabletin %100 başarı sağladığı görülmüştür. Biteral'de, Zitromax'ta ve Neo Penotran'da olumsuz gibi görünen kür olmamış vakalar, Gardnerella vaginalis'in inatçı grubunun varlığında ve yukarıda sözü edilen ilaçların vajinaya uygulanmaları sırasında çok fazla irritasyon ve tahriş neden olmaları sebebiyle ve hastaların kullanmadıkları halde kullandık demelerinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Neo Penotran kullanan hastaların 3'ünde Bakteriyel vajinozis, 3'ünde de Kandida albicans üremiştir. Lokal hijyen grubu olarak ele alınan hastalara Gynoflor vajinal tablet verilmiştir ve bu hastaların %54 ü (60 tanesi) kür, kalan hastaların 9 tanesinde Bakteriyel vajinozis, 21 tanesinde Kandida albicans, 18 tanesinde bol lökosit ve 3 tanesinde de Trikomonas vaginalis çıkmıştır. Bol lökosit grubunun 30 hastasına Zitromax + Gynoflor verilmiştir ve bu hastaların %80' i (24 hasta) kür olmuştur. Kalan hastaların 3 tanesinde Bakteriyel Vajinosisi, 3 tanesinde de Kandida albicans tekrar karşımıza çıkmıştır.

RPR taraması yapılan hastalarda 9 tanesi (+) bulunmuştur. Bu hastaların yapılan Trepanomal testler ve karanlık saha mikroskopisi sonucunda 5 hastanın yalancı RPR + olduğu anlaşılmış, Trepanomal testleri (+) olan hastaların bir tanesinde de karanlık saha mikroskopisinde Trepanoma Pallidum gözlenmiştir. Gonore tedavisine alınan hastalara tedavi bitimindeki kontrollerinde servikal kültür ve gram boyama yapılmış kültürde üreme olmayan ve Gram boyamada gram (-) diplokokların görülmemesi kür olarak kabul edilmiştir.



**Tablo 3:** Tedavi protokollerinin karşılaştırma tablosu.

ETKEN	İLAÇ	HASTA SAYISI	KÜR	%	B.VAJİNOZİS	KANDİDA	BOL LÖKOSİT	TRİKOMONAS
KANDİDA	GYNO TROVAGEN	30	24	80	3	3		
	GYNO TROSYD	27	18	66	3	6		
	KETORAL	9	3	30	3	3		
B. VAJİNOZİS	FLAGYL	15	9	60	3	3		
	BİTERAL	21	12	57	9			
	ZITROMAX	9	6	66	3			
TRİKOMO NAS	NEO PENOTRAN	6	-	0	3	3		
	BİTERAL	3	3	100	-	-		
L.HİJYEN	GYNOFLOR	111	60	54	9	21	18	3
BOL LÖKOSİT	ZITROMAX	30	24	80	3	3		

Kandida albicans bulunan 77 hastanın alınan AKŞ değerlerinden çıkan dağılımında da en çok hasta içeren grubun 90 - 104 mg/dL arasında olması daha sonraki sırada ise 105 mg/dL üzerinde 23 hastanın olması ilgi çekicidir. Tüm hastalar gözönüne alınarak yapılan değerlendirilmede ise 90 - 104 mg/dL arasındaki hasta grubunun %22.3 ile 2. sırada, 105 mg/dL'nin üzerindeki hasta grubunun ise %26.7 ile ilk sırada olması da dikkat çekicidir (Tablo 4).

STD taraması sırasında kontrol KCFT lerin değerlendirilmesi sonrasında Zitromax tablet kullanan hastaların 6'sında ve Gynoflor vajinal tablet kullanan hastaların 3 'ünde SGOT ve SGPT de 31 IU'nin üzerine çıkan değerler tespit edilmiştir. Ayrıca tedavi alan hastalardan Ketoral vajinal tablet kullananların 2'sinde ve Gynoflor vajinal tablet ve Flagyl tablet kullanan hastaların da 1 er tanesinde lokal eritem, vulvar ödem ile tamamlanan allerjik bulgular saptanmıştır.

**Tablo 4:** STD Taraması yapılan hastalarda AKŞ değeri ile candida sıklığının karşılaştırılması.

AKŞ ARALIĞI	KANDİDA/TOPLAM HASTA	%
70-79 mg/dL	3/36	8.3
80-89 mg/dL	9/ 76	11.8
90-104 mg/dL	42/ 188	22.3
105+ mg/dL	23/ 86	26.7

STD Taraması yapılan hastaların başlangıç ve kontrol kataciğer fonksiyon testlerinin (KCFT) karşılaştırılmasında Zitromax verilen hastaların 6'sında ve Gynoflor kullanan hastaların 3'ünde SGOT/SGPT'de yükselme tespit edilmiştir. STD Taraması yapılan hastaların verilen tedavileri kullanmaları sırasında 1 Ketoral, 2 Flagyl, 1 Gynoflor allerjisi tespit edilmiştir. Sifiliz tanısı konup 2.4 milyon unite benzatin penisilin G verilen hastaların hiçbirisinde Jarisch-Herxheimer reaksiyonu (Ateş, halsizlik, baş ağrısı, taşikardi, hipotansiyon) gelişmemiştir.

STD taraması yapılan hastaların yaşa ve etkene göre dağılımı yapıldığında Kandida albicans 'ın en çok 26 -45 yaşları arasındaki grupta, Trichomonas Vaginalis'in en sık 41 - 45 yaşları arasındaki grupta, Bakteriyel Vajinosis 'in ise 21 - 40 yaşları arasında daha sık görüldüğü saptanmıştır (Tablo 5). Hastaların eğitim durumu ile etkenler arasındaki bağıntıyı incelediğimizde, Kandida albicans, Bakteriyel Vajinosis, ve Trichomonas Vaginalis'in en sık ilkököl mezunlarına görüldüğü ortaya çıkmaktadır (Tablo 6).

**Tablo 5:** STD Hastalarının yaşa ve etkene göre dağılımı tablosu.

YAŞ-ETKEN	15-20	21-25	26-30	31-35	36-40	41-45	46-50	51+
KANDİDA	2	5	14	11	23	16	6	-
TRİKOMONAS	1	-	1	-	1	3	-	3
B.VAJİNOZİS	1	10	9	15	15	-	5	4
BOL LÖKOSİT	1	7	6	9	9	4	4	3
TEMİZ	13	26	25	34	41	23	20	7

Hastaların eşlerinin eğitim durumuna göre yapılan karşılaştırmada ise gruplar arasında fazla fark bulunamamıştır (Tablo 7). Hastaların eğitim durumu ile seçtikleri kontrasepsiyon yöntemleri arasındaki bağıntı incelendiğinde ise Türkiye 'de en çok tercih edilen yöntemin Coitus Interruptus (Geri çekilme) yada korunmasız grup olduğu göze çarpmaktadır (Tablo 8).

**Tablo 6:** STD Taraması yapılan hastaların eğitim durumu ve etkene göre dağılımı.

EĞİTİM/ETKEN	OKUR YAZAR DEĞİL	İLK OKUL	ORTA OKUL	LİSE	YÜKSEK OKUL	TOPLAM
KANDİDA	4	36	4	22	11	77
TRİKOMONAS	2	3	1	2	1	9
B. VAJİNOZİS	9	32	1	16	1	59
BOL LÖKOSİT	4	19	4	12	5	44
TEMİZ	22	104	21	30	12	189

**Tablo 7:** STD Taraması yapılan hastaların eşlerinin eğitim ve etkene göre dağılımı tablosu.

EĞİTİM/ETKEN	OKUR YAZAR DEĞİL	İLK OKUL	ORTA OKUL	LİSE	YÜKSEK OKUL	TOPLAM
KANDİDA	1	16	16	28	26	77
TRİKOMONAS	1	2	1	4	1	9
B. VAJİNOZİS	3	15	9	18	14	59
BOL LÖKOSİT	-	15	6	11	12	44
TEMİZ	5	68	30	52	34	189

**Tablo 8:** STD Taraması yapılan hastaların seçtikleri kontrasepsiyon yöntemleri.

EĞİTİM-KORUNMA	KOİTUS INTERRUPTUS	ORAL KONTRASEPTİF	RAHİM İÇİ ARAÇ	KONDOM	TÜP LİGASYONU	KORUNMA YOK
OKUR YAZAR DEĞİL n=42	10	-	1	2	2	27
İLKOKUL n=200	49	25	18	21	11	76
ORTAOKUL n=32	12	1	2	1	6	10
LİSE n=82	13	6	12	8	1	42
YÜKSEK OKUL n=30	6	1	4	9	-	10

## TARTIŞMA

Nisan 1996 - Haziran 1996 yılları arasında yapılan çalışmamızda bakteriyel vajinozis tedavisi olarak metronidazole (FLAGYL), ornidazol (BİTERAL) ve azitromisin (ZİTROMAX) kullanıldı. Bu tedavi protokolleri arasında Flagyl %60 (9/15), Biteral %57 (12/21) Zitromax %66 (6/9) hastada tedaviyi sağlamıştır. Yapılan bir çalışmada oral olarak 7 gün verilen metronidazolün bakteriyel vajinozis için tercih edilen tedavi seçeneği olduğu, diğer alternatiflerin ise 2 gm oral tek doz metronidazolün 7 gün süre ile kullanımı, %2 'lik klindamisinli krem tek doz kullanımı, %0.75' lik metronidazol vajinal jelin günde 2 kez 5 gün süre ile kullanımı, 300 mg oral klindamisin günde iki kez 7 gün süre ile kullanımı olduğu gösterilmiştir (1).

Biz çalışmamızda farklı bir seçenek olarak azitromisin 500mg günde 1 kez ve 3 gün süre ile kullandık ve hastalarda klinik ve laboratuvar olarak iyileşmeyi sağladığımızı bulduk. Yaptığımız çalışmadaki seçilen ilaçlar arasında başarı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Yapmış olduğumuz çalışmada bakteriyel vajinozis teşhisi için Gram boyama kullanılmıştır. Literatürde Gram boyamanın kültürle kıyaslandığında daha sensitif olduğu bulunmuş, aynı zamanda da daha ucuz, daha hızlı ve daha kolay bir metod olarak bildirilmiştir (2,3,6). Bizim çalışmamızda değerlendirilmemiş olsa bile yoğurdun gebelikte görülen bakteriyel vajinozis tedavisinde intravajinal kullanımının sistemik bir etkisi olmadığı için diğer tedavilere alternatif olarak kullanılabilceği bildirilmektedir (4,5).

Yaptığımız çalışmada nisaiye polikliniğine başvuran kanaması olmayan hastalarda gonore %1.03 (4/386), sifiliz %1.03 (4/386), trikomonas %2.3 (9/386), bakteriyel vajinozis %15.2 (59/386), Kandida albicans %19.9 (77/386) olarak bulunmuştur. Nairovide 4404 kadın üzerinde yapılan bir çalışmada gonore insidansı %32, pozitif sifiliz serolojisi %1.9 ve Trikomonas vajinalis %5.2 olarak bulunmuştur, bu çalışmada Kandida albicans ve bakteriyel vajinozis değerlendirilmemiştir (7).

Çalışmamızda Trikomonas vajinalis tedavisinde mikonazol + metronidazol (NEO PENOTRAN) vajinal tablet ve Ornidazol ( BİTERAL) vajinal tablet kullanılmıştır. Neo Penotranın bu kullanım sırasında %0 (0/6), Biteral vajinal tablet %100 (3/3) başarılı bulunmuştur. Yapılan bir çalışmada mikonazol ve metronidazolü beraber içeren preparatın klinik denemelerde %83 hastada bakteriyolojik olarak iyileşme sağladığı gösterilmiştir (12). Neo Penotrandan olumsuz gibi görünen kür olmaması vakalar Neo Penotranın vajinal uygulaması sırasında çok fazla irritasyona sebep olması nedeniyle hastaların kullanmadıkları halde kullandık demelerinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Amerika'da yapılan bir çalışmada tek doz intravajinal metronidazolün tek doz oral metronidazole göre yetersiz olduğu ve alternatif tedavi olarak güvenilmemesi gerektiği ortaya çıkmıştır (8).

Trikomonas vajinalis insidansı bizim çalışmamızda ıslak preparat kullanılarak %2.3 (9/386) olarak bulunmuştur. 1993 yılında Hacettepe Üniversitesi'nde yapılan bir çalışmada ise Trikomonas vajinalis insidansı % 3.4 (8/234) olarak bulunmuştur. Bu sonuçlar bizim çalışmamızla uyumludur.

Çalışmamızda hastalarımız son doz ilaçtan ortalama 7 - 10 gün sonra kontrole çağırılmıştır. 1992 yılında Klinik Enfeksiyon Hastalıkları dergisinde yayınlanan bir makalede Kandida vulvovajiniti, Trikomonas vajinalis vajipiti ve bakteriyel vajinoziste klinik çalışmaların takiplerinin 5-7 gün ve 4-6 hafta sonra değerlendirilmesinin gerekli olduğu ve vajinal sıvıların kültür ve / veya mikroskopik incelenmesinin sonucun değerlendirilmesi açısından esas öneme sahip olduğu bildirilmiştir (10). Bizim çalışmamızda da bu makalede tavsiye edilen prospektif, randomize, double - blind ve aktif kontrollü metod kullanılarak, sonuçlarda yukarıda anlatılan şekilde değerlendirilmiştir. Yaptığımız çalışmada Kandida albicans insidansı %19.9 (77/386) olarak bulunmuştur. 1995 yılında 1027 üniversite öğrencisi üzerinde yapılan bir çalışmada popülasyonun %20'sinin yılda 1 kez vulvovajinal kandidiyazisi geçirdiği bildirilmiştir (14).

Yapmış olduğumuz çalışmada kandida tedavisi için topikal ajanlar kullanılmıştır. Bu ajanlar izokonazol (GYNO TROVAGEN), tiokonazol (GYNO TROSYD), ve ketokonazol (KETORAL) dır. Literatürde Kandida albicans tedavisinde topikal ajanların ilk ilaç olarak seçilmesi gerektiği ancak oral ajanların bazı hastalar tarafından daha uyumlu kullanılabilceği bildirilmiştir (11).

Literatürde herhangi bir azol türevinin veya tedavi şemasının diğerine kesin üstünlüğü gösterilememiş olmasından dolayı bazı otörler 1-3 günlük kısa tedavileri akut ve komplike olmamış kandida vajiniti olgularında tavsiye etmektedir (15). Bizim çalışmamızda izokonazol %80 ile en başarılı bulunurken tiokonazol %66 ve ketokonazol %30 olarak onu takip etmişlerdir. Ancak hasta sayılarımızın az olmasından dolayı bu ilaçlardan herhangi birinin üstünlüğüne karar vermek doğru olmayacaktır.

İtalya'da yapılan bir çalışmada aylık cinsel ilişki sayısındaki artmanın tekrarlayan kandidiyazisi ile belirgin olarak korelasyon gösterdiği ve cinsel aktivite ile kişisel hijyen alışkanlıkları konusunda uygun tavsiyelerde bulunmanın bu vakalarda önemli bir önleyici tedbir olduğu bildirilmiştir (13).

Bizim yaptığımız çalışmada da tanı alıp etkene göre tedavi verilen hastalarda kontrole geldikleri zaman ayrı etkenler üretilmiş, bunlar başlangıçta kullanılan ilaçların başarısızlığı olarak değerlendirilmişse de, ayrıntılı bir anamnez alındığında daha önceden verilen tavsiyelere hastaların uymadığı, cinsel ilişkiye korunmasız devam edildiği, sıklığının arttığı ve kişisel hijyen uyarılarına uyulmadığı anlaşılmıştır.

Yapmış olduğumuz STD taramasında sifiliz ve gonorenin rutin taramada ve yüksek riski olmayan hasta grubunda % 1.03 olarak bulunması düşündürücüdür.

Ancak yine de tüm başvuran hastalardan RPR taramasının istenmesi ülkemiz şartlarında uygun olmadığı kanaatindeyiz. Bu testin özelliği olan kişilerden ve risk faktörleri taşıyan kişilerden alınmasının uygun olduğunu düşünüyoruz. Gonore için ise rutin tarama protokolü içine Gram boyamanın dahil edilmesinin uygun olacağı kanaatindeyiz.

Sonuç olarak ne kadar titiz davranılırsa davranılsın kişisel davranış farklılıklarından kaynaklanan değişimlerin yok edilememesinden dolayı aralarında fark varmış gibi görünen tedavi ajanlarının aslında birbirlerine fazla üstünlükleri olmadığı kanaatindeyiz.

## KAYNAKLAR

- 1) Joesoef MR, Schmid GP. Bakterial vaginosis: review of treatment options and potential clinical indications for therapy. *Clinical Infectious Diseases*. 1995 April 1;20(1):72-79.
- 2) Nicand E, Cavallo JD, Crenn Y, Meyran M. Value of the score for Gram stains in the diagnosis of bacterial vaginosis. *Pathologie Biologie*. 1994 May;42(5):539-43.
- 3) Saharan SP, Surve C, Raut V, Bhattacharya M. Diagnosis and prevalence of bacterial vaginosis. *Journal of Postgraduate Medicine*. 1993 Apr-Jun;39(2):72-3.
- 4) Burns FM, Gould IM, Patterson A, Wood WJ. Diagnosis of bacterial vaginosis in a routine diagnostic laboratory. *Medical Laboratory Sciences*. 1992 Mar; 49(1):8-11.
- 5) Neri A, Sabah G, Samra Z. Bacterial vaginosis in pregnancy treated with yoghurt. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 1993 Jan;72(1):17-9.
- 6) Daly CC, Maggwa N, Mati JK, Solomon M, Mbugua S, Tukei PM, et al. Risk factors for gonorrhoea, syphilis and trichomonas infections among women attending family planning clinics in Nairobi, Kenya. *Genitourinary Medicine*. 1994 Jun;70 (3):155-61.
- 7) Morton O. Neotran - a new double - active pessary for the treatment of vaginitis. *Journal of International Medical Research*. 1993 Jan - Feb;21(1): 36 -46.
- 8) Tidwell BH, Lushbaugh WB, Laughlin MD, Cleary JD, Finley RW. A double-blind placebo-controlled trial of single-dose intravaginal versus single-dose oral metronidazole in the treatment of trichomonal vaginitis. *Journal of Infectious Diseases*. 1994 Jul; 170(1):242-6.
- 9) Belek AS, Tunçkanat S. Jinekoloji polikliniğine başvuran kadınlarda *Trichomonas vaginalis* araştırılması. *Mikrobiyoloji Bülteni*. 1993 Oct;27(4):357-63.
- 10) McCutchan JA, Ronald AR, Corey L, Handsfield HH. Evaluation of new anti-infective drugs for the treatment of vaginal infections. *Infectious Diseases Society of America and the Food and Drug Administration. Clinical Infectious Diseases*. 1992 Nov;15 Suppl 1:S115-22.
- 11) Geiger AM, Foxman B, Gillespie BW. The epidemiology of vulvovaginal candidiasis among university students. *American Journal of Public Health*. 1995 Aug;85(8 Pt1):1146-8.
- 12) Reef SE, Levine WC, McNeil MM, Fisher-Hoch S, Holmberg SD, et al. Treatment options for vulvovaginal candidiasis, 1993 Review. *Clinical Infectious Diseases*. 1995 Apr; 20 Suppl 1:S80-90.
- 13) Ernest JM. Topical antifungal agents. *Review Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*. 1992 Sep;19(3):587- 607.
- 14) Spinillo A, Pizzoli G, Colonna L, Nicola S, De Seta F, Guaschino S. Epidemiologic characteristics of women with idiopathic recurrent vulvovaginal candidiasis. *Obstetrics and Gynecology*. 1993 May;81(5(Pt 1)): 721 - 7.