

A hüvelygyulladások diagnosztikája és terápiája

A rendellenes hüvelyi folyás hátterében többnyire infekciók állnak. Részben szexuális úton terjedő kórokozók, részben pedig a hüvely saját baktériumflórájának tagjai képezhetik a fertőzés forrását. A kérdés komoly népegészségügyi jelentőséggel bír, mivel a betegnek okozott gyakran kínzó panaszok mellett szövődményekre (koraszülés, kismencedei gyulladás), továbbá késői következményekre (meddőség, krónikus kismencedei fájdalom) is lehet számítani. A kezelés többnyire empirikus, gyakran eredménytelen, jellemző az „öngyógyítás” vény nélkül kapható, főként gombaellenes szerekkel, továbbá a hüvelyöblítéssel, amely több kárt okoz, mint hasznot. Eredményes kezelés csakis pontos diagnózis birtokában végezhető.

Dr. Gardó Sándor

Petz Aladár Megyei Oktató Kórház,
Szülészeti és Nőgyógyászati osztály, Győr

A hüvelygyulladások több mint 90%-át az ún. „három nagy”: a bakteriális vaginosis (BV), a candidiasis és a trichomoniasis okozza. A fennmaradó részt a ritkább formák képezik; az aerob vaginitis, az atrophias vaginitis, a desquamatív gyulladásos vaginitis és a lactobacillosis (cytolyticus vaginosis). A nem infekciós okok közül leggyakoribb a lokális kémiai irritáció, az allergia (condom) és az idegen test.

DIAGNOSZTIKAI LEHETŐSÉGEK

A vulvovaginitisek eredményes kezelésének kulcsa a helyesen felállított diagnózis. A diagnosztika iránt támasztott alapvető igény, hogy gyors és olcsó legyen. Lehetőleg a vizsgálóasztal mellett azonnal elvégezhető diagnosztikus módszereket kell alkalmazni, elkerülendő a beteg többszöri visszarendelését, illetve az elhúzódiagnosztika miatt a terápia késleltetését.

Ez esetben is igaz, hogy a jó anamnézis fél diagnózis. A folyás minősége, szaga a kísérő tünetek (égő, viszkető érzés), az esetleges gyógyszeres kezelés (antibiotikumok, hormonok), a kísérő betegségek (diabétesz), továbbá a szexuális és a higiénés szokások ismerete fontos kiindulópontját képezik a diagnózis felállításának. Hasonlóképpen fontos információkat nyújt a fizikális vizsgálat. A folyás jellege (tejszerű, sárgászöldes, túrós), a kísérő erythema, ödéma és excoriatiók alapján gyakran nagy biztonsággal felállítható a diagnózis,

amely különböző laboratóriumi vizsgálatokkal erősíthető meg. Ezekre azért is szükség lehet, mivel a tünetek nem mindig jelentkeznek klasszikus formában.

■ A hüvely pH-vizsgálata: A hüvelyváladék vegyhatása olcsó pH-papírral igen könnyen és pontosan mérhető. A pH a gyulladás érzékeny markere, szenzitivitása meghaladja a 90%-ot, specifitása azonban alacsonyabb, hiszen a gyulladás mellett számos egyéb tényező is lúgos irányba tolhatja el (ejakulátum, vér, cervixnyák hiperszekréciója, gyakori irrigálás).

■ Amin-teszt: 10%-os KOH hozzáadására a hüvelyváladékból kellemetlen szagú biogén aminok szabadulnak fel („fishy odour”, „hal-szag”).

■ H₂O₂ (buborék v. „bubble”)-teszt: Tárgylemezen gyulladásra utaló fehérvérsejtek jelenléte esetén 3%-os H₂O₂ hozzáadására pezsgés észlelhető.

■ Mikroszkópos vizsgálatok: A natív, a KOH-os, illetve a festett kenetek értékelése hasznos segítséget nyújthat a BV, a candidiasis és a trichomoniasis diagnosztikájában.

■ Bakteriológiai vizsgálatok: A hüvelygyulladások diagnosztikájában nincs komoly gyakorlati jelentőségük, jóllehet hazánkban még ma is sok helyütt alkalmazzák ezt a módszert. A hüvelyből történő leoltások eredményeképpen többnyire aerob bőr- és bélbaktériumok kerülnek kimutatásra (anaerob tenyésztés általában nem történik), amelyek a normál flóra tagjai, és nem játszanak döntő szerepet a vaginitisek kialakulásában. A félrevezető tenyésztési lelet birtokában azonban rendszerint célzott antibiotikum-kezelés törté-



nik, amely nemcsak felesleges és költséges, de rendkívül veszélyes is. Egy mikroba kimutatásának pusztán ténye egyébként sem dönti el azt a kérdést, hogy ártalmatlan kolonizációról, avagy infekcióról van-e szó.

■ Diagnosztikus gyors tesztek: Egyrészt a mikroorganizmusok anyagcseretermékeinek, illetve ellenanyagok kimutatásán, másrészt specifikus DNS-kimutatáson alapulnak. Ezek azért is egyre népszerűbbek, mivel a gyakorló nőgyógyászok többsége nem szívesen használja a mikroszkópot. Tekintettel arra, hogy a tesztek egy része szabadon beszerezhető alapijat képezhetik az „öngyógyításnak”, amelynek veszélyei jól ismertek.

I. BACTERIALIS VAGINOSIS (BV)

A leggyakoribb hüvelyi fertőzés, a genitális fluor első számú oka. Incidenciája a vizsgált populációtól függően 20–40% között változhat. Elsősorban a reproduktív korban lévőket érinti. Rossz szociális körülmények között élőknél, dohányzó és alkoholisták egyénében, promiszkuitás esetén, valamint hüvelyi irrigálást végzőknél gyakrabban lehet számítani kialakulására. Intrauterin eszközt viselők között is gyakoribb, míg az orális antikonceptíveket szedése bizonyos védelmet jelent a betegség kialakulásával szemben (ösztrógenhatás).

Ezen betegek hüvelyváladékából magas csíraszámú izolálhatók az egészséges hüvelyben is jelen lévő anaerob baktériumok (Prevotella spp., Bacteroides spp., Peptostreptococcus spp.), továbbá a Gardnerella vaginalis,

Mobiluncusok és Mycoplasmák, miközben a normál hüvelyflóra legfontosabb részét képező Lactobacillusok prevalenciája és koncentrációja jelentősen lecsökken. A BV bakteriológiai szempontból tehát nem kvalitatív, hanem kvantitatív probléma. Valószínű, hogy a hüvelyi pH lúgos irányba való eltolódásának, illetve a H_2O_2 -t termelő tejsavbaktériumok visszaszorulásának a folyamat elindításában kulcsszerepe van. A szindróma dinamikus jellegű, a tünetek súlyossága kezelés nélkül is gyakran változik, tünetmentes szakok is előfordulhatnak, a predisponáló tényezők kiiktatása után pedig spontán gyógyulás is bekövetkezhet. A fertőzés egyébként az esetek mintegy felében tünetmentes, vagy csak enyhe panaszokat okoz, amely miatt a beteg nem fordul orvoshoz.

DIAGNOSZTIKA

■ Klinikai kép: Kellemetlen szagú, szürkésfehér, tejszerű, homogén folyás, amely egyenletesen vonja be a hüvelyfalat, könnyen letörölhető. A hüvelyfalon lobos elváltozások nem láthatók.

■ A hüvelyváladék pH-ja: Az egészséges hüvely pH-ja 3,8–4,5 között van, BV esetén a pH az 5,0–6,0 értéket is elérheti. 4,2 alatti pH gyakorlatilag kizárja a bakteriális vaginosiszt.

■ Amin-teszt: 1–2 csepp 10%-os káliumhidroxid hozzáadására a hüvelyváladék egyébként kellemetlen halszaga intenzívebbé válik.

■ A hüvelyváladék mikroszkópos vizsgálata: Natív vagy festett kenetben jellegzetes a kulcssejtek („clue cells”) jelenléte, amelyek valójában anaerob baktériumok tömege által körülvett laphámsejtek. BV esetén a kenetben található laphámsejtek legalább 20%-a

kulcssejt. Natív kenetben gyakran láthatók a mozgó mobiluncusok. A Döderlein-flóra jelentősen csökkent vagy teljesen hiányzik.

■ DNS-hibridizációs teszt (Affirm) a Gardnerella vaginalis mellett több szexuális úton átvihető kórokozó kimutatására alkalmas.

■ Diagnosztikus gyorsesztek az anaerob baktériumok anyagcseretermékeinek kimutatásán alapulnak (BVBlue, PIP Test Card).

TERÁPIA

A BV terápiajában a metronidazollal és a clindamycinnel érhetők el a legjobb eredmények.

A metronidazolt BV esetén célszerű kúraszerűen alkalmazni: (2x500 mg 7 napon át, per os), ilyenkor a gyógyulási ráta meghaladja a 90%-ot. Lökésterápia (2 g egy dózisban esetén) ez az arány alacsonyabb (65–85%) és a recidívák is gyakrabban fordulnak elő, így ez a kezelési forma BV esetén nem javasolt.

A clindamycin szélesebb hatásspektrummal rendelkezik, hiszen az anaerobok mellett a további BV organizmusokra (Mobiluncusok, Gardnerella, Mycoplasma), valamint a Gram-pozitív aerob baktériumokra is hatásos. A 2%-os clindamycin krém (5 g/applikátor) 7 napon át adandó intravaginálisan. A clindamycin per os 2x300 mg dózisban ugyancsak 7 napon át alkalmazandó, Mindkét kezelési mód a metronidazollal megegyező gyógyulási arányt eredményez.

Tekintettel arra, hogy a BV-t nem sorolják a szexuális úton terjedő fertőzések sorába, a partnerkezelést általában nem tartják szükségesnek, gyakori recidíva esetén azonban mégis megfontolandó. A recidíva gyakorisága egyébként a 80%-ot is elérheti, hiszen a fertőzés forrása az endogén flóra.

A metronidaol terhesség alatti alkalmazása nem ellenjavallt!

SZÖVŐDMÉNYEK

BV esetén meglehetősen nagy az aszcendáló fertőzés veszélye, amelynek következménye a felső genitális traktus gyulladásos megbetegedései. Ma már minden kétséget kizáróan bizonyított, hogy a BV-organizmusok fontos szerepet játszanak a kismencedei gyulladásos megbetegedések (PID) kialakulásában. Különösen veszélyes lehet a BV-terhességben. Egyértelmű összefüggést találtak a BV, valamint az idő előtti burokrepedés és a koraszülés, a chorionamnionitis, valamint a postpartum és postabortum endometritis kialakulása között. Ugyanez vonatkozik a méheltávolítást követő csonkinfekciókra. Az antibiotikum-terápia megválasztásakor fenti infekciók esetén tekintettel kell lenni arra a tényre, hogy azok hátterében a BV-hez hasonlóan az anaerob kórokozók meghatározó szerepet játszanak.

II. VULVOVAGINALIS CANDIDIASIS

A vulvovaginalis candidiasis (VVC) a második leggyakoribb hüvelyi fertőzés. A kórképet általában nem sorolják a típusos szexuális úton terjedő betegségek közé, ennek ellenére szexuális úton is terjedhet.

A vulvovaginalis candidiasist az esetek túlnyomó többségében a kommenzális flóra részét képező sarjadzógombák okozzák, amelyeknek fő rezervoárja az emésztőtraktus, elsősorban a vastagbél és a végbél. Tünetmentes nők mintegy 20–30%-ának a hüvelyéből izolálhatók különböző Candida-fajok, ez az arány terhesek között jóval magasabb lehet. Klinikai tünetekre, azaz infekcióra azonban a hordozóknak csupán 40–60%-ában lehet számítani. A nők 75%-ának van életében legalább egy gombás epizódja, 40–50%-ukban ez legalább egyszer megismétlődik, míg 5–10%-ra tehető a krónikus recidiváló formában szenvedők aránya. A kórokozó gomba az esetek 80–85%-ában a Candida albicans, a fennmaradó részben pedig a non-albicans speciesek (C. glabrata, C. tropicalis, C. krusei) állnak a háttérben. Tünetmentes kolonizáció esetén az élesztőgombák többnyire spórás állapotban vannak, míg klinikai tünetekkel járó fertőzés esetén az osztódó alakokkal (mycelium-képzés) találkozunk. A normál flóra részének tekinthető gombák akkor válnak patogénné, ha nagy számban elszaporodnak. Erre a normál hüvelyi baktériumflóra egyensúlyának megbomlása, továbbá a humorális és a celluláris immunvédekezés meggyengülése esetén kerül sor. A terhesség mellett a szervezet védekezőképességének a csökkenése, az immunológiai és a daganatos



megbetegedések (sugarterápia), a diabétesz és más endokrin betegségek, a különböző gyógyszeres kezelések (corticosteroidok, ösztrogének antibiotikumok) mind olyan tényezők, amelyek elősegítik a gombák elszaporodását.

Klinikailag korábban akut és krónikus, recidiváló formákat különítettünk el. Az újabb felosztás szövődménymentes (sporadikus, ritka előfordulás, enyhe lefolyás) és szövődményes formákat különböztet meg (évente legalább négy fertőzéses epizód, a tünetek súlyosak, a kórokozók gyakran non-albicans Candida-fajok, diabéteszes, immunszuprimált betegekben, terhésekben gyakoribb).

DIAGNOSZTIKA

■ Tünetek: a domináló szubjektív tünetek a hüvelyre és a vulvára kiterjedő gyakran kínzó, égő, viszkető érzés, a folyás, a dysuria és a dyspareunia. Az objektív tünetek a hüvely és a vulva többnyire diffúz lobosodása, a szürkésfehér, túrós vagy kenőcsszerű szagtalan váladék, súlyosabb esetben a vulva bőrének berepedezése ekcémára jellemző elváltozásokkal. Tekintettel arra, hogy a fenti tünetek nem specifikusak és nem is mindig vannak jelen, a diagnózis felállítása további vizsgálatokat igényel.

■ A hüvelyváladék pH-ja a normál tartományban van (4,5 alatt).

■ Mikroszkópos vizsgálat: Natív kenetben vagy 10%-os kálium-hidroxidos kenetben jól felismerhetők a gombasejtek, a hyphák és a pseudohyphák, e módszerek szenzitivitása azonban alig haladja meg az 50%-ot. Festett kenetből jóval pontosabb diagnózis válik lehetővé.

■ Tenyésztés: A gombák kimutatása tenyésztés útján érzékeny és specifikus módszer, a klinikai gyakorlatban azonban csak ritkán használják, mivel a tenyésztés pozitivitása nem bizonyítéka az infekciónak (tünetmentes hordozók). A tünetmentes kolonizáció és az infekció közötti különbségtételre csak a kvantitatív tenyésztés lenne alkalmas. Nélkülözhetetlen viszont a tenyésztés rekurrens infekciók esetén a kórokozók típusának pontos tisztázása céljából, továbbá azokban az esetekben, amikor a klinikai tüneteket a mikroszkópos vizsgálat eredménye nem támasztja alá.

■ Diagnosztikus gyorstesztetek.

TERÁPIA

A lokális, hüvelyi kezelésre alkalmas azol-készítmények közül:

■ a butokonazol hüvelykrém: 100 mg egy dózisban,

■ a klotrimazol hüvelytabletta: 100 mg 6 napon át vagy 200 mg 3 napon át,

■ az ekonazol-nitrát hüvelykúp: 150 mg 3 napon át,

■ az omokonazol hüvelykúp: 150 mg 6 napon át vagy 300 mg 3 napon át vagy 900 mg egy dózisban alkalmazandó.

A polyen antibiotikumok közül:

■ a natamycin ovula: 100 mg 3–6 napon át adható.

A legtöbb lokális kezelésre alkalmas antimikotikum kenőcs, krém vagy oldat formájában is kiszerezésre kerül, amelyek a szeméremtest, illetve a férfi partner kezelésére is alkalmasak. A lokális hüvelyi kezelés klinikai, illetve mikológiai hatékonysága 80–85% körül van. A lokálisan alkalmazható antimikotikumokat napjainkban mindinkább felváltják a szisztémásan adható triazolszármazékok, amelyeknek előnyük a rövid kezelési idő, illetve a 90%-ot meghaladó hatékonyság. A fluconazol egy dózisban (150 mg), az itraconazol 2x200 mg dózisban (1 nap) alkalmazható.

A partnerkezelést csak panaszok esetén (balanitis, dermatitis), illetve rekurrens infekció esetén tartják szükségesnek elsősorban topikus készítményekkel.

A rekurrens candidiasis terápiája. Ezekben az esetekben az akut fertőzés megszüntetése mellett (kombinált lokális, illetve szisztémás kezelés) a recidíva megelőzése a cél, amely elsősorban az orális készítményekkel történő kezeléssel érhető el. Ezek a készítmények a béltraktusban is csökkentik a kolonizációt, és ezáltal a reinfekció valószínűségét. Az egydózisú fluconazol (150 mg)-, illetve az egynapos itraconazol (2x200 mg)-kezelést recidíva megelőzésének céljából kezdetben hetente (4 hétig), később két, majd háromhetente célszerű megismételni legalább fél éven át. A 600 mg bórsavat tartalmazó hüvelykúpot ugyancsak a recidíva megelőzésére ajánlják heti 2 alkalommal. Recidíva esetén a partnerkezelés mellett fontos a lehetséges predisponáló tényezők kiiktatása, valamint a test egyéb területein lévő mikotikus gócok szanálása.

Terhesség esetén a lokális, hüvelyi kezelést kell választani.

III. TRICHOMONIASIS

A Trichomonas vaginalis okozta infekció napjainkban is egyike a leggyakoribb szexu-

ális úton átvihető betegségeknek (STD), bár a fejlett ipari országokban az utóbbi években jelentősen csökkent a prevalenciája. A kórokozó anaerob protozoon, parazita egysejtű, mozgó flagellátá. Elsősorban nemi érintkezés útján terjed, a transzmissziós ráta igen magas, fertőzött nők partnereinek több mint 40%-ában kimutatható a kórokozó. A nemileg aktív női populációban a hordozók aránya 3–30%-ig váltokozhat, tünetek, panaszok azonban ezeknek csupán a felében jelentkeznek. A nem nemi úton történő terjedés (WC, fürdő) elméletileg nem kizárt, a gyakorlatban azonban alig valószínű. A trichomoniasis gyakran társul más STI-vel (gonorrhoea, chlamydisis). Nőkben elsősorban a hüvelyben, az ectocervixben, az urethrában és a hólyagban, valamint a Skene- és a Bartholini-járatokban mutatható ki a parazita. Amennyiben a hüvelyi milió a T. vaginalis számára kedvezően alakul, és a csírászám eléri vagy meghaladja a 103/ml-t, megjelennek a klinikai tünetek.

DIAGNOSZTIKA

■ Klinikai kép: A sárgászöldes, híg, habos, émelyítő szagú bőséges folyáshoz égető, viszkető érzés társul a hüvelyben és a vulván. A portio felszíne és a hüvelyhám lobos, a jellegzetes pontszerű bevérvések (kolpitis granularis – „strawberry cervix”), azonban a

HIALURON már TABLETTA FORMÁBAN IS!

A Hialuron direct® tabletta klinikailag tesztelt, gyomron keresztül felszívódó, természetes eredetű 20mg hialuronsavat (HYAL-JOINT™) tartalmaz, amelyet a világ egyik legismertebb gyógyszeralapanyag gyártója a spanyol Bioiberica állít elő, egy újfajta szabadalmaztatott eljárással.

A Bioiberica áttörést ért el a gyomron keresztül felszívódó hialuronsav kutatásban. A megfelelő molekula izolálására a természetes (testrokon) eredetű alapanyagban találta meg a megoldást, melynek eredménye a HYAL-JOINT nevű hatóanyag. A készítmény TABLETTA formájában alkalmazható!

Új alternatíva az injekciós túlé szemben

Hatóanyag:
20 mg Hyal-Joint™
Hialuronsav



Tudományos kutatások és klinikai tesztek igazolták, hogy az osteoarthrosisban szenvedő páciensek esetében a gyulladásos ízületekben a fermentációs eredetű hialuronsavval összehasonlítva a HYAL-JOINT™ nagyobb mértékben serkenti a porcsejtekben történő saját (endogén) hialuronsav termelődést (izületi folyadék). A Hialuron direct tabletta növeli az ízületi folyadék viszkozitását, így elősegítheti a porcok regenerációját, javítja az ízületek mozgékonyágát és az életminőséget.

Forgalmazó: Vivaldi Kft. 2120 Dunakeszi, Pallag u. 57.,
Web: www.vivamax.hu, Tel.: 06 1 889-9080

szeméremtest erythemájához hasonlóan az eseteknek csak kisebb hányadában jelennek meg. Kialakulhat emellett cystitis és dysuria, és gyakran előfordul a dyspareunia is.

■ A hüvelyváladék pH-ja 4,5 felett van.

■ H₂O₂-teszt: Pozitív.

■ Natív készítményből (fiziológias konyhasó) egyszerű fénymikroszkóppal 50–75%-os, fáziskontraszt-mikroszkóppal közel 80%-os biztonsággal igazolható a mozgó flagellata.

■ A festett kenetek (Gram, PAP) szenzitivitása (70–80%) nem haladja meg jelentősen a natív készítményekét.

■ A tenyésztés (Diamond-táptalaj) sokkal megbízhatóbb, közel 100%-os szenzitivitású módszer, viszont költség- és időigényes volta miatt a rutindiagnosztikában csak elvétve használják.

■ Az újabb modern technikák (ELISA, immunfluoreszens módszer, PCR) a trichomonas antigének, illetve nukleinsavak kimutatásán alapulnak.

TERÁPIA

A terápia vonatkozásában három alapvető szabályt kell szem előtt tartani:

■ Az egyidejű partnerkezelés kötelező.

■ A kezelést akkor is célszerű elvégezni, ha tünetek nincsenek, és a kórokozó csak mellékletként kerül felismerésre (vizeletüledék, PAP-kenet).

■ Mivel a kórokozó nem csak a hüvelyben van jelen, a kezelést lehetőleg szisztémásan kell végezni.

A trichomoniasis terápiajában a vezető szerepet az 5-nitroimidazol-származékok játszzák.

■ Lökésterápia. 2 g metronidazol vagy tinidazol egy dózisban – az esetek 82–88%-ában érhető el gyógyulás. Az egydózisú kezelésnek rendkívül nagy előnye, hogy az esetleges mellékhatások miatt vagy feledékenységéből nem szakítható meg, és így módon a partnerkezelés is könnyebben megvalósítható és ellenőrizhető.

■ Kúraszerű kezelés. 2x500 mg metronidazol alkalmazunk 7 napon át. Ezekben az

esetekben 95% körüli klinikai, illetve mikrobiológiai gyógyulás érhető el.

A gyakorlatban akut infekció esetén alkalmazható az egydózisú lökésterápia, míg krónikus recidiváló esetekben a 7 napos kúraszerű kezelést célszerű elvégezni.

Terhesség alatt az egydózisú lökésterápia (1,5–2 g metronidazol vagy tinidazol) választandó. Ez a dózis még a koraterhességben sem jelenthet veszélyt az embrióra, szemben a kezeletlen infekcióval. Tekintettel arra, hogy ezen gyógyszerek az anyatejben is megjelennek, szoptatás alatt az újszülötthe való átjutást elkerülendő, a lokális hüvelyi kezelés javasolt. Ugyanez a helyzet akkor is, ha a metronidazol mellékhatásai miatt a per os kezelést fel kell függeszteni.

IV. ATROPHIÁS VAGINITIS

A posztmenopauzában az ösztrogénhiány következtében a hüvelyhám elvékonyodik, glikogéntartalma csökken. Emiatt a Döderlein-flóra visszaszorul, csökken a tejsavprodukción, emelkedik a hüvelyi pH, a fakultatív aerob, valamint anaerob baktériumok elszaporodnak.

A betegek elsősorban a hüvely szárazságáról, égő, viszkető érzésről, fájdalmas közösülésről és pecsételő vérzésről panaszkodhatnak. A hüvelyfal elvékonyodott, diffuse lobos, pepticiakkal. A folyás serosanguinolens, vagy híg „vizes”, pH-ja 5,0 felett van. Mikroszkópos vizsgálat során nagy számban találhatók polymorfonukleáris leukocyták kis kerek parabasalis hámsejtekkel. A lactobacillusok hiányoznak, kevert baktériumflóra látható. Bakteriológiai tenyésztés szükségtelen. A kezelés hüvelyi ösztrogén kezeléssel áll lokális ösztrogénkészítményekkel. Ismétlődés esetén a szisztémás hormonpótló kezelés is szükségessé válhat.

Hüvelyszárazság esetén ajánlott valamilyen síkosító szer használata. Az úgynevezett „száraz közösülés” („dry sex”) ugyanis amellett hogy fájdalmas, komolyan veszélyezteti a hüvely ökológiai rendszerét elsősorban az aktus során keletkező mikrosérülések és az azokból származó vérzés következtében.

A HÜVELYÖBLÍTÉS KERÜLENDŐ

A hüvelyöblítés világszerte elterjedt a nők körében. Az öblítőfolyadék, különösen, ha antiszeptikus (többnyire jódtartalmú) oldattal történik, eltávolítja a védő faktorokat a hüvelyből, károsítja a rezidens florát, utat nyitva ezáltal a patogén csírák megtelepedésének. Gyakori irrigálás esetén nő a bakteriális vaginosis, továbbá az aszcendáló fertőzés következtében kialakuló kismencedei gyulladás veszélye. Ugyancsak gyakrabban fordul elő antiszeptikus anyagokkal irrigálók körében a hüvelyi gombásodás.

A HÜVELYGYULLADÁS DIFFERENCIÁLDIAGNOSZTIKÁJA

A vulvovaginitisek diagnosztikájára és differenciáldiagnosztikájára még a hazánkban sokkal tehetősebb országokban is az olcsóbb és könnyen kivitelezhető módszereket részesítik előnyben. (1. táblázat.)

A nőgyógyászok többsége azonban ezen egyszerű diagnosztikus módszereket sem alkalmazza, és a kezelés többnyire empirikusan történik. Az Egyesült Államokban készült felmérés szerint a vulvovaginitisek kezelését az esetek 54%-ában az etiológia tisztázása nélkül végzik. Ez az arány nálunk feltehetően jóval nagyobb.

A vulvovaginitisek szűrése javasolt rendellenes folyás, fokozott szexuális aktivitás, promiskuitás esetén, továbbá, ha más szexuális úton terjedő fertőzés gyanúja merül fel, illetve terhesség vállalása előtt. Vannak azonban olyan vélemények is, amelyek szerint a vulvovaginitisek szűrése része kellene legyen a rutin nőgyógyászati vizsgálatnak, mivel a fertőzöttek közel fele panaszmentes.

Trichomonas fertőzés esetén célszerű más STI lehetőségére is gondolni, mivel a szexuális úton terjedő infekciók egymással való társulása meglehetősen gyakori, a rizikófaktorok ugyanis azonosak, vagy nagyon hasonlóak.

IRODALOMJEGYZÉK

- Centers for Disease Control and Prevention: Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines 2006. MMWR 2006 (Vol. 55) No. RR-11.
- Egan M., Lipsky M.: Diagnosis of Vaginitis. Am. Fam. Physician. 2000;62:1095–1104.
- Egészségügyi Világszervezet. A szexuálisan átvihető fertőzések kezelésének irányelvei. Infektológia és klinikai mikrobiológia. 2005;12:73–111.
- Mashburn J.: Etiology, Diagnosis and Management of Vaginitis. Journal of Midwifery & Women's Health. 2006;51:423–430.
- Mitchell H.: Vaginal discharge-causes, diagnosis, and treatment. BMJ. 2004;328:1306–1308.
- Sobel J. D.: Diagnostic approach to women with vaginal discharge or vulvovaginal symptoms. UpToDate Online. 2008;16:2.

1. táblázat.

A hüvelyi infekciók differenciáldiagnosztikája/diagnosztikája

	Normál	Bacterialis vaginosis	Candidiasis	Trichomoniasis	Atrophias vaginitis
Tünetek	Nincs	Bővebb folyás, kellemetlen szag	Égés, viszketés	Égés, viszketés kellemetlen szag	Hüvelyszárazság
Folyás	Fehér vagy színtelen	Szürkésfehér, tejszerű, homogén	Bő, „túrós”	Sárgászöldes, habos	Vizes, híg
pH	3,8–4,2	> 4,5	< 4,5	> 4,5	> 5,0
Amin-teszt	Negatív	Pozitív	Negatív	Pozitív	Negatív
Mikroszkóp	Lactobacillusok, laphámsejtek	„Kulcs”sejtek, fehérvéresejtek hiányoznak	Gombaspórák, hyphák, pseudohyphák	Trichomonasok, fehérvéresejtek	Lactobacillusok hiányoznak, parabasalis sejtek