

ВЛАГАЛИЩНИ ИНФЕКЦИИ

Влагалищните инфекции, познати още с термина колпит, вагинит или вулвовагинит (в зависимост дали инфекцията обхваща и външните полови органи) са едно от най-честите заболявания при жените. Те често биват придружавани от дискомфорт в интимната област като парене, сърбеж, зачервяване и др. Инфекциозните причинители биват много и от различно естество като: гъби, вирусни, бактериални и др. Според повечето съвременни проучвания всяка трета жена ще прекара вагинална инфекция в някакъв момент от живота си. Вулвовагинитите могат да бъдат прекарани във всяка възраст. Погрешно на повечето разбирания, за сдобиване с влагалищна инфекция не е задължително да е имало полов контакт. Друг причинител може да е нарушен имунитет на пациента, породен от различно естество.

 г-р **Мажена Панова,**
г-р **Георги Бозев**

ПСАГБАЛ
"Света София",
гр. София

Влагалищните инфекции могат да протекат симптоматично и асимптомно. Най-честите симптоми, съпътстващи вулвовагинитите са зачервяване, парене, сърбежи, сухота, вагинално течение, дискомфорт при уриниране (при инфекции, засягащи и пикочните пътища), болка и парене при полов акт и дори извънменструално кървене. Пациентът може да има както един, така и няколко симптома налице. Често пренебрегвани обаче, оплакванията се задълбочават, затова навременната и бърза реакция както на пациента, така и на лекуващия акушер-гинеколог винаги е от особено голямо значение.

Според причинителите за вулвовагинитите влизат гъбични, бактериални, вирусни и други агенти. Често, независимо от причинителя, симптомите могат да бъдат сходни. Затова разпознаването макроскопски е изключително трудно. Тук идва ролята на микробиологичното изследване, което дава по-голяма яснота за причинителя и вида на инфекцията.

Кандидозите представляват голям

дял от инфекциите на влагалището и вулвата. В 95% от случаите причинителят е *Candida albicans*, по-рядко *Candida tropicalis*, *Candida krusei*, *Candida glabrata* и *Candida parapsilosis*. Те са широко разпространени в природата. Притежават вегетативни форми (псевдомицел) и размножителни форми (бластоспори). От външната среда те попадат най-често в храносмилателния тракт, където сапрофитират в устната кухина и дебелите черва. Поселяването на влагалището с грождеподобни гъби настъпва по два метода – автогенен и екзогенен. При автогенния път се касае за нахлуване на гъби по съседство – от ануса (ректо-вагинална контаминация). При екзогенното поселяване гъбите се внасят от инфектиран сексуален партньор – сексуално-трансмисивен път. Те могат да бъдат елиминирани от защитните механизми на влагалището и въобще да не се проявят. При определени условия обаче гъбите усилено се размножават и контаминацията се превръща в инфекция. Такива условия създават:

- Високото гликогенно съдържание на влагалището при бременност, диабет и перорална хормонална контрацепция.
- Потискането на ацидофилната влагалищна флора (при антибиотични лечения).
- При намален локален тъканен имунитет – употреба на кортикостероиди, имunosупресори и имунодефицитни състояния.

При остри инфекции гъбите паразитират по повърхността на влагалищния епител. Метаболитните им продукти причиняват възпалителен процес – оток и засилена ексфолиация на епителния пласт, хипертрофия и оток на стромалните папили с хиперемия на съдовете им. В подлежащата строма се формира възпалителен инфилтрат от левкоцити и плазматични клетки. При хронични инфекции обаче вегетативните форми на гъбите нахлуват в интрацелуларните пространства и дълбоките слоеве на епитела. Инфекциозният процес се задълбочава и се появяват рецидиви. Според начина на проти-

чане на кандидозата тя бива остра и хронична. При острата кандидоза е характерно, че освен влагалището могат да се засегнат вулвата и перинеумът. Най-честите симптоми са силен генитален сърбеж, вулварна дизурия (попаднала върху влагалището урина причинява парене и дискомфорт), засилена влагалищна секреция с неприятна миризма. Обективно малките срамни устни са силно зачервени и оточни, влагалищните стени са огненочервени и по тях се виждат налепи с вид на сметана. Хроничната кандидоза от своя страна се повтаря на чести интервали, като характерно при нея е, че оплакванията се обострят параменструално и след полов акт. Доказването на гъбична инфекция най-често става след взимане на микробиологично изследване. Лечението включва както локално, така и системно приложение на антимикотици^[1-3].

Друг причинител на влагалищни инфекции са бактериалните агенти. Те са обобщени под името бактериална вагиноза (БВ). Най-честите причини за възникването на бактериална вагиноза е заместването на лактобацилите във влагалищната флора с Gram (-) или Gram (+) анаеробни бактерии като *Gardnerella vaginalis*, бактерии от рода *Mobiluncus*, *Atopobium vaginae*, бактерии от рода *Prevotella*, *Peptostreptococcus*, *Mycoplasma hominis* и др. Основна причина за възникването на БВ е честата смяна на полови партньори без използване на протективни средства (презервативи) и др. Най-честите оплаквания са цапач белъото и лошо миришещ генитален флуор. Обективно влагалищните стени са леко зачервени и покрити със сивкав на цвят флуор. Също често срещан симптом е миризмата на риба по време на полов акт. Диагнозата се поставя

чрез изследване на нативен препарат и чрез т.нар. аминотест. В нативния препарат се виждат т.нар. Clue Cells – къси кокобацили в голямо количество, които полевват по повърхността на епителните клетки. Аминотестът се прави чрез 10% КОН, като при контакт с влагалищното съдържимо се усеща миризма на риба поради реакцията на калиевата основа с амините, които участват в метаболизма на анаеробните бактерии. За поставяне на диагнозата трябва да има налични поне три от следните симптоми:

- Характерен влагалищен флуор.
- Наличие на Clue cells в нативен препарат.
- рН на влагалището >4.5.
- Миризма на риба при аминотеста с калиева основа.

Лечението при такъв тип инфекции се провежда с антибиотици като Clindamycin, Amoxicilin, Metronidazole и др.^[4]

Вагинална трихомоназа е друг вид влагалищна инфекция. Причинява се от *Trichomonas vaginalis*, който е камшичеста протозоа. Предаването се случва само по полов път, тъй като организъмът е неустойчив на външни фактори. Изолера се най-често от влагалище и уретра, като има много неспецифични оплаквания. Обективно се наблюдава еритем и едем на влагалищната лигавица с точковидни хеморагии, малки ерозии и обилно серозно-гноестно течение с неприятна миризма. Други оплаквания са парене и сърбеж, като често се наблюдава мацерация на малките срамни устни. Хроничното протичане на инфекцията може да доведе до стерилитет. Друго усложнение е преминаването на инфекцията в ендоцервицит, което от своя страна

води до ерозия на маточната шийка. Според последни проучвания при симптоматични оплаквания секретът е препоръчително да се вземе от задния форникс на влагалищната стена (Grade 1A). Препоръчително е лечението да се проведе поне за седемдневен период, тъй като често при по-кратко лечение, то е неефективно. Най-разпространеният препарат за лечение е Metronidazole^[5-7].

Микоплазмите и уреаплазмите са други причинители на влагалищните инфекции, като много често те засягат и пикочните пътища. Микоплазмите и уреаплазмите биват много видове, но само няколко от тях са доказани патогени у човека. Най-често срещани са *Mycoplasma hominis* и *Mycoplasma genitalium* и *Ureaplasma urealyticum*. Обикновено, когато инфекцията с такъв тип патоген не е асимптомна е съпътствана с уретрит, цервицит и др. Предаването се осъществява по полов път. Диагнозата се поставя спрямо оплакванията на пациента, които най-често са влагалищно течение, дизурия, понякога и абдоминални болки и взето микробиологично изследване. Лечението се осъществява обикновено с Azithromycin и Doxycycline^[8,9].

Хламидиозата е хронично протичаща инфекция, която се предава по полов път и предизвиква различни заболявания на гениталиите като уретрити, ендоцервицити и др. Хламидиите са микроорганизми с междинно положение между вируси и бактерии. Притежават ДНК и РНК, както и рибозоми. Те са паразити, които се развиват в цитоплазмата на клетките, натрупват гликоген и при оцветяване с луголов разтвор се виждат в кафяв цвят. За влага-

лищни инфекции главният виновник е *Chlamydia trachomatis*, която причинява тазова възпалителна болест, ендоцервицит, може да промени структурата на вътрешните полови органи и понякога води до стерилитет. Инфекцията се развива напълно в рамките на 3 седмици от заразяването. Диагнозата се поставя най-лесно чрез тестовете за амплификация на нуклеинова киселина (NAAT), влагалищен секрет, цервикален секрет и урина. Лечението се осъществява чрез прилагането на широкоспектърни антибиотици^[10,11].

Herpes genitalis и *Condyloma acuminata* са част от вирусните инфекции, засягащи половите органи. Гениталният херпес според начина на протичане бива остър или хроничен, като най-често се предава по полов път. Представлява ДНК вирус, който е разделен на два типа – I и II тип. Два типа съществуват само при човешки организми и не се наблюдават при други животински видове. Първичната инфекция с вируса от тип II става по-късно във възрастта и се свързва с половата активност за разлика от тази на I тип, което става още в детска възраст. От мястото на първичната инокулация вирусът попада в невроните или нервните ганглии. Там той се запазва в латентно състояние през целия живот. Допуска се разпространение на инфекцията и по кръвен път. При една част от провокиращите фактори се развива рецидивна поява на заболяването. Диагнозата е трудна за поставяне, тъй като в повечето случаи липсва симптоматика. Обективно се наблюдават еритем и улцерации на външните гениталии, преминаващи към ануса между 4-7 дни от полов контакт. Пациентите съобщават също за болки в интимната област, сърбеж и гизурия.

Обикновено първоначалните лезии преминават в улцерации преди да започнат да заздравяват. Инфекцията с генитален херпес се поставя най-лесно с NAAT тест. Лечението се води с Ацикловир в различни дози-ровки, като схемите за лечение варират от тежестта на инфекцията и преценката на лекуващия лекар^[12,13]. *Condyloma acuminata* е генитална инфекция, причинена от човешки папиломавирус (HPV). Познати са над 100 типа HPV, като отговорните за този вид инфекция най-често са тип 6 и тип 11. Откриването на повече от един тип папиломавирус води до по-висок риск от клетъчна дисплазия, което от своя страна води до появата на карциноми. Най-опасните типове са тип 16 и тип 18, които водят до малигненост. HPV инфекцията е най-разпространената полово-предавана инфекция в световен мащаб. Пациентите между 20 и 39 години са най-засегнати от гледна точка на заразяване. Рисковите фактори включва водене на полов живот с голям брой партньори без предпазни средства, прекарана гонорея или хламидия, тютюнопушенето и ХИВ инфекцията. HPV е ДНК вирус, засягащ ядрата на епителните клетки. Той може да не проявява симптоми от няколко месеца до 2 години от момента на заразяване. Геномът на вируса съдържа онкоген, който кодира протеини, стимулиращи клетъчната пролиферация. По този начин вирусът се репликира. За появата на кондилиоми отнема период от около 4 месеца след заразяването с вируса. Обективно се наблюдават профилеративни и леко педикулирани туморовидни образувания на големина от едва забележими до грахово зърно. Повърхността им е бледо розова и зърнесто-верукозна. Като брой обикновено са мно-

го. Оставени без лечение, те често нарастват и образуват големи туморовидни образувания. Често от тях се носи неприятна миризма. Има няколко метода за лечение на кондилиоми, като те включват локално лечение с различни разтвори, криотерапия с течен азот, както и оперативно лечение, като методът зависи от локацията на кондилиомите и предпочитанието на пациента. Само оперативното лечение дава 100% успеваемост за справяне с подобен тип инфекция. Лошо избраното и неефективно лечение на кондилиомите е опасно, тъй като те могат да станат малигнени. В заключение, влагалищните инфекции от всеки тип трябва да бъдат лекувани навреме и ефективно, за да се избегнат по-нататъшни усложнения и за покачване качеството на живот на пациента^[14-16]. ■

книгопис:

1. Гинекология под редакцията на проф. Илко Карагюзюв.
2. Pappas PG, Kauffman CA, Andes Det al. Clinical practice guidelines for the management of candidiasis: 2009 update by the Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis* 2009; 48:503–35.
3. Pappas PG, Rex JH, Lee J et al. A prospective observational study of candidemia: epidemiology, therapy, and influences on mortality in hospitalized adult and pediatric patients. *Clin Infect Dis* 2003; 37:634–43.
4. Division of STD Prevention, National Center for HIV, Viral Hepatitis, STD, and TB Prevention, Centers for Disease Control and Prevention.
5. Wolner-Hanssen P, Kreiger JN, Stevens CE, et al. Clinical manifestations of vaginal trichomoniasis. *JAMA* 1989; 261:571–576.
6. Fouts AC and Kraus SJ. Trichomonas vaginalis: reevaluation of its clinical presentation and laboratory diagnosis. *J Infect Dis* 1980; 141: 137–143.
7. Hollman D, Coupey SM, Fox AS, et al. Screening for Trichomonas vaginalis in high-risk adolescent females.
8. Haggerty, CL, Taylor, BD. "Mycoplasma genitalium: an emerging cause of pelvic inflammatory disease". *Infect Dis Obstet Gynecol.* vol. 2011. 2011. pp. 959816(A review of the evidence for an association between M. genitalium and PID).
9. Larsen, B, Hwang, J. "Mycoplasma, Ureaplasma, and adverse pregnancy outcomes: a fresh look". *Infect Dis Obstet Gynecol.* 2010.
10. Oriel, J., G. Ridgeway. *Genital infections by C. trachomatis*. London, Arnold 1982.
11. Workowski KA, Bolan GA; CDC. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015. *MMWR Recomm Rep* 2015;64.
12. Genital herpes: CDC detailed fact sheet. U.S. Centers for Disease Control and Prevention.
13. Genital herpes. Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021. U.S. Centers for Disease Control and Prevention.
14. O'Mahony C, Gomberg M, Skerlev M, Alraddadi A, de Las Heras-Alonso ME, Majewski S, Nicolaidou E, Serdaroglu S, Kutlubay Z, Tawara M, Slary A, Al Hammadi A, Cusini M. Position statement for the diagnosis and management of anogenital warts. *J Eur Acad Dermatol Venerol.* 2019 Jun;33(6):1006-1019.
15. Maw R., HPV Special Interest Group of BASHH. Anogenital warts. *Sex Transm Infect.* 2006 Dec;82 Suppl 4(Suppl 4):iv40-1.
16. Fleischer AB, Parrish CA, Glenn R, Feldman SR. Condylomata acuminata (genital warts): patient demographics and treating physicians. *Sex Transm Dis.* 2001 Nov;28(11):643-7.