

# DIFERENCIÁLNA DIAGNOSTIKA VAGINÁLNEHO FLUORU

Barbora Gulánová, Mária Šimaljaková

Dermatovenerologická klinika LF UK a FNŠP, Bratislava

Vaginálny výtok sa v malom množstve vyskytuje denne u každej ženy. Patologickým sa stáva, ak sa zvyšuje jeho množstvo, mení farba a sú prítomné ďalšie symptómy, ako svrbenie, dysúria, dyspareunia, bolesti. Príčin výtoku je mnoho, niektoré z nich môžu mať závažné dôsledky (napr. sekundárna sterilita po infekcii chlamýdiami, či gonokokmi), preto by sa výtok z rodidiel nemal podceňovať. Etiológiu vaginálneho výtoku je treba diferencielne diagnosticky doriešiť a ochorenie liečiť kauzálne.

**Kľúčové slová:** vaginálny výtok, fluor vaginalis, vulvovaginitída, kolpitída, dyspareunia.

## THE DIFFERENTIAL DIAGNOSTICS OF VAGINAL FLUOR

Vaginal discharge in small amount is common by every woman. It becomes pathologic if its amount raises, if it changes colour and if there are any additional symptoms as itching, burning, dysuria, dyspareunia or pain. There are a lot of reasons for vaginal discharge and some of them can have substantial effects (e. g. secondarily sterility after chlamydia infection or infection by gonococci), therefore the vaginal efflux should not be underestimated. The etiology should be found and the reason for discharge causally solved.

**Key words:** vaginal discharge, fluor vaginalis, vulvovaginitis, colpitis, dyspareunia.

Via pract., 2007, roč. 4 (6): 288–290

### Úvod

Vaginálny výtok v malom množstve nie je patologický jav – vyskytuje sa u každej ženy. Denné zvlhčovanie vaginálnej sliznice je súčasťou normálnej funkcie tela ženy. Kvantita a kvalita vaginálneho výtoku sa výrazne mení nielen individuálne u rôznych žien, ale aj u tej istej ženy v priebehu menštruačného cyklu. Väčšina štúdií dokazuje, že výtok je najintenzívnejší v strede cyklu. Aj keď väčšina žien si myslí, že isté množstvo vaginálneho výtoku je normálne, malá časť sa domnieva, že zdravá pošva má byť suchá. Zo skúseností lekárov vyplýva, že príznaky sú veľmi ovplyvnené subjektívnym vnímaním pacientky: fyziologický výtok, ktorý niektoré zdravé pacientky opisujú ako „abnormálny“ a naopak pacientky, ktoré objektívne majú výtok abnormálny, neprípúšťajú, že by mohli mať nejaké ochorenie. Opis kvality „normálneho výtoku“ sa líši aj v učebniciach: farba – biely, sivý, priesvitný, žltý, konzistencia – hrdkovitý, vločkovitý, polotekutý, krémový, viskózný, nehomogénny, riedky. Väčšina autorov píše, že fyziologický výtok nemá zápach, má minimálny zápach, resp. má zápach, ktorý nie je nepríjemný. Jeden z autorov pripúšťa, že aj fyziologický výtok môže mať nepríjemný zápach. Autori sa však zhodujú v tom, že iritatívne symptómy – svrbenie, podráždenie, erytém a opuch by za fyziologických okolností nemali byť prítomné (1).

### Fyziológia

Anatomický vzťah pošvy k vonkajšiemu prostrediu s bezprostrednou blízkosťou vyústenia močovej trubice a análneho otvoru na jednej strane a komunikácia s vnútornými genitáliami na druhej strane, aktuálny hormonálny stav, ktorý sa v tejto estrogén-dependentnej oblasti významne odráža, pohlavný život, ktorý vytvára z pošvy potenciálnu vstupnú bránu pre sexuálne prenosné ochorenia a mnohé ďalšie faktory robia z pošvy veľmi špecifické prostredie. Pošvový ekosystém je z hľadiska udržania rovnováhy delikátny a zraniteľný. Pošvovú stenu pokrýva vrstevnatý dlaždicový epitel, ktorý je obzvlášť

počas reprodukčného obdobia bohatý na glykogén. S tým úzko súvisí kolonizácia pošvy laktobacilom (Döderleinov bacil). Pošvová sliznica aj pošvové prostredie odráža hormonálny stav v jednotlivých obdobiach života ženy. Po narodení je pošvový epitel pod vplyvom materských estrogénov. Je hrubý, vrstevnatý a má vysoký stupeň bunkovej zrelosti. S poklesom materských estrogénov sa stenšuje a Döderleinov bacil mizne. Detstvo predstavuje obdobie pokoja, keď sú pošvové steny kryté nízkym epitelom, ktorý nehromadí glykogén. Pošvové prostredie je v tomto období neutrálne alebo mierne alkalické a baktérie sa za fyziologických okolností vyskytujú len v malom počte. S nástupom puberty nastáva mnoho zmien. Na zvyšujúce sa hladiny estrogénov reaguje pošvová sliznica proliferáciou epitelu až do superficiálnej vrstvy. Pošvové steny sú kypré a presiaknuté. V bunkách sa hromadí glykogén, vagínu osídľuje laktobacil a pH klesá. Vznik a aj typ vaginitídy všeobecne závisí od vývojového obdobia, pretože existencia niektorých patogénov je viazaná na estrogenizovaný terén (2).

### Etiológia výtoku

Pacientky s vaginálnym fluorom vyhľadajú dermatovenerológa k vylúčeniu pohlavného ochorenia, a tiež kvôli liečbe trýznivého svrbenia so sprievodnou vulvovaginitídou, vulvitídou alebo intertrigom.

Pod diagnózou **vulvovaginitis** chápeme zápalové zmeny v rozsahu vulvy a pošvy na polyetiologickom základe (3). Zápal vonkajších rodidiel väčšinou vzniká z porušenej rovnováhy ochranných mechanizmov. Rovnováha sa môže narušiť z rôznych dôvodov:

- prítomný imunodeficit,
- hormonálne výkyvy v puberte alebo v gravidite,
- nedostatok hormónov v období prechodu,
- antibiotická liečba (širokospektrálna – tetracyklíny, ampicilín, cefalosporíny),
- hormonálna antikoncepcia (nadbytok estrogénov),

- manifestný aj latentný diabetes mellitus, Cushingov syndróm,
- tesne priliehajúca bielizeň, mokré plavky,
- stres a psychické ochorenia,
- alergické reakcie (latex, kozmetika, lokálne liečivá),
- zmeny pH (výplachy pošvy, intímne gély, spermicídne gély, chlórovaná voda v bazéne),
- cudzie teleso v pošve (napr. zabudnutý tampón),
- benigne, či maligne nádory v pošve, na krčku, na maternici.

### Pôvodcovia výtoku

K **bakteriálnym pôvodcom** infekcie patria stafylokoky, streptokoky (*S. agalactiae*), črevné baktérie (*E. coli*, *Enterobacter*, *Enterococcus*), *Neisseria gonorrhoeae*, chlamýdie, *Gardnerella vaginalis*, mykoplazmy a ureaplazmy. K **pôvodcom vírusových** zápalov pošvy patria rôzne typy herpes vírusov – najčastejšie HSV 1 a HSV 2. Treťou skupinou sú **kvasinkové mikroorganizmy**, najčastejšie *Candida albicans*. Pôvodcom zápalu býva často aj **bičíkovec** *Trichomonas vaginalis*.

**Príčinou vaginitídy** u detí je najčastejšie kvapavka alebo cudzím telesom podmienený zápal (treba opatrne sondovať paličkovou sondou, sonografia), je treba vylúčiť sexuálne zneužívanie. U dospelých sú príčinou vaginálneho fluoru gonokoky, trichomonády, kvasinky, chlamýdie, mykoplazmy, streptokoky alebo stafylokoky. Je treba myslieť aj na fluor albus na podklade endokrinných porúch alebo ochorení (3).

Vyššia sekrécia z introitus vaginae vedie k zápalovým iritáciám vulvy v zmysle **vulvitídy**. Terapeutické opatrenia môžu viesť k sekundárnej kontaktnej alergii a zabrániť tak odzneniu kolpitídy. Nie zväčša je vlhké prostredie spojené s maceráciou vulvy v zmysle sprievodného intertriga príčinou sekundárnej infekcie ako herpes simplex, condylomata acuminata alebo pyodermií (3).

### Klinický obraz

Sliznica je zápalovo začervenalá, je prítomný opuch kontaktných plôch labia majora, minora a introitus vaginae s adekvátnou sekréciou. Erózie, hnisavá sekrécia a časté perigenitálne intertrigo so svrbením dopĺňajú obraz ochorenia, majú rôznu intenzitu podľa druhu a závažnosti ochorenia. Subjektívne pacientka pociťuje pruritus, bolesť, pálenie, rezanie, ranu v oblasti vulvy a pošvy. Prítomná býva aj dyspareunia, dysúria (3, 4).

### Diagnostika

Pri odoberaní anamnézy je dôležité vedieť, že symptómy, ktoré súvisia s vaginitídou, zahŕňajú široké spektrum rôznych manifestácií, vrátane zmeny vaginálneho floru. Rozsiahla anamnéza by mala zahŕňať otázky o kvalite, kvantite, farbe výtoku, takisto aj o pocitoch svrbenia, podráždenia, pálenia, dyspareunii. Ďalšie otázky o primárnej lokalite príznakov (vulva, introitus, alebo hlboko v pošve), variácii symptómov počas menštruačného cyklu, počte a frekvencii recidív, o pokusoch samoliečenia pacientky a o tom, aká bola odpoveď na predchádzajúce terapie, lekárovi lepšie ozrejmia klinickú povahu ochorenia. Od pacientky by mal lekár získať aj informácie, či je sexuálne aktívna, či má dyspareuniu počas pohlavného styku, počet bývalých a súčasných sexuálnych partnerov, rozsah a typy sexuálnej aktivity a vek, v ktorom pacientka začala byť sexuálne aktívna. Zisťuje sa aj užívanie hormonálnej antikoncepcie, či iných liekov. Dôležitá je podrobná alergická anamnéza, reakcie na používanú kozmetiku, výskyt

častých infekcií – aj v iných – negynekologických lokalitách, čo by mohlo svedčiť o zníženej funkcii imunity (5, 6).

**Fyzikálne vyšetrenie** by malo zahŕňať inšpekciu vulvy, pátranie po oblastiach erytému, edému, ulceráciách a chronických zmenách vulvárnej sliznice, palpáciu s použitím vatového tampónu na šetrné oddelenie jemných záhybov. Po zavedení pošvových zrkadiel treba vagínu a cervix dôkladne prezrieť a odobrať stery z laterálnych stien vagíny a z cervixu na laboratórne vyšetrenia. Tieto vyšetrenia zahŕňajú vaginálne pH, aminový (pachový test), natívne preparáty v soľnom a 10% roztoku KOH, mykologickú kultiváciu a ďalšie (6).

Myslieť treba aj na nákazu syfilisom a urobiť v rozmedzí 4–6 týždňov sérologické kontroly. Ďalej je nutné rešpektovať skutočnosť, že fluor vaginalis je spôsobený často nie jedným, ale viacerými pôvodcami: napr. trichomonády a *Candida albicans*, gonokoky a *Chlamydia trachomatis*.

K ďalším vyšetreniam patria:

- vyšetrenie stolice na parazity a kvasinky,
- vyšetrenie porcia a jeho ošetrenie – lézie cervikálneho epitelu spojené s chronickou cervicitídou môžu byť tiež zdrojom napr. infekcie *E. coli* so všetkými dôsledkami pre lokálnu imunitu pošvy (5),
- vyšetrenie glukózovej tolerancie u pacientok s podozrením na diabetes mellitus a u postmenopauzálnych žien (5),
- HIV test – toto ochorenie výrazne znižuje úroveň imunity postihnutého organizmu,

- imunologické vyšetrenie, alergologické vyšetrenie, urologické a venerologické vyšetrenie partnera pri podozrení na pohlavné ochorenie.

### Diferenciálna diagnóza

Treba spomenúť ochorenia, ktoré môžu pacientkam spôsobovať rovnaké symptómy – pálenie, rezanie, dyspareuniu, dysúriu. Samotný vzhľad vulvy a vagíny nie je pri diagnóze veľmi nápomocný – erytém rôznej intenzity až po fisuráciu a lichenifikované plaky, opuch, nešpecifický výtok (7).

Narastá aj množstvo pacientok s iritačnou a alergickou kontaktnou dermatitídou, k čomu prispieva aj zvyšujúci sa počet kozmetických prípravkov na intímnu hygienu. Kozmetické prípravky, či liečivá, ich parfumácia alebo masťové základy môžu lokálne dráždiť, dokonca senzibilizovať, alebo oboje (7).

V západných krajinách je mnoho lokálnych liečiv voľnoprédajných (over-the-counter products) – podobné tendencie sú aj u nás, ale narážajú na odpor. Názor, že liečivá má predpisovať lekár je opodstatnený, pretože je mnoho informácií o zneužívaní voľne dostupných liečiv práve v krajinách ako USA, Veľká Británia či Fínsko. Problémom je najmä zbytočné užívanie liekov kvôli nesprávne určenej diagnóze (8, 9, 10, 11).

### Časté diagnózy s výtokom

Najčastejšie diagnózy s výtokom sú uvedené v prehľadnej tabuľke 1, okrem nich sa môžeme stretnúť aj s ďalšími diagnó-

# Na intímnu starostlivosť Olej čajovníka austrálskeho



Má vynikajúce antibakteriálne, antimykotické a protizápalové účinky. Pôsobí proti širokému spektru baktérií a ďalších choroboplodných mikroorganizmov.

- 100% čistý olej čajovníka austrálskeho
- Kondómy
- Vaginálny intímny gél
- Intímna umývacia pena
- Umývacie gél na intímnu hygienu
- Lubrikačný gél

Žiadajte vo svojej lekárni  
[www.muller-pharma.cz](http://www.muller-pharma.cz)

**Dr. Müller  
PHARMA**

zami, akými sú napr. laktobacilóza, cytolytická vaginóza, či psychosomatická vulvovaginítída.

**Laktobacilóza (laktobacilová vaginóza)** – relatívne nedávno (1994) definovaná diagnostická jednotka, ktorej príčinou sú filamentózne baktérie opisované ako leptotrichy. Kultivačne sa dokázalo, že tieto baktérie patria v skutočnosti medzi laktobacily. Ich priemerná dĺžka je 40 – 75 µm (u bežných laktobacilov je to 5 – 15 µm). Obyčajne sa dá dokázať niekoľko druhov laktobacilov. Sprievodným javom je nízke pH (3,5 – 4,5), malý počet leukocytov a tvarohovitý biely pošvový výtok. Pacientka sa sťažuje na pálenie, svrbenie a iritáciu. V terapii sa používajú vaginálne výplachy roztokom jedlej sódy (30 – 60 g na 1 l vody 2 – 3 x týždenne), eventuálne antibiotiká (ampicilín, doxycyklín, amoxicilín, klavulanová kyselina) (12).

**Cytolytická vaginóza** (Döderleinova cytolyza). Pacientka udávajú svrbenie, pálenie, hustý tvarohovitý biely výtok ako pri kandidóze. PH je 4,5 alebo nižšie, nenájde sa *Candida*, ale množstvo laktobacilov, veľa epiteliálnych buniek, nahé jadrá buniek, ktoré sa podobajú na leukocyty – vhodné je vyšetrovanie fázovou mikroskopiou. V liečbe sa používajú výplachy jedlou sódou bikarbónou (2, 13).

Braun Falco udáva, že **psychosomatická vulvovaginítída** je pomerne častá. Manifestuje sa hlavne u pacientok s latentným depresívnym rozladením alebo s úzkostne depresívnou symptomatikou s bolesťami (vulvodýnia) alebo bolestivým svrbením, t. j. bolestivou dysestéziou. Pri klinickom vyšetrení sa nenájdu žiadne patologické zmeny. Na podklade pálenia a bolesti sa často vyvíja sexuálna inaktivita. Pri liečbe sa odporúča poradenstvo a spolupráca s psychiaterom alebo psychoterapeutom (3).

**Záver**

Pacientka s ochorením v oblasti pohlavných orgánov si vyžaduje mimoriadne citlivý prístup. Kvôli svojmu ochoreniu má nezriedka pocit menejcennosti, je frustrovaná, depresívna a hodnotí svoj život ako veľmi stresujúci (14, 15). Oneskorené stanovenie diagnózy môže mať nepríjemné dôsledky, napr. v podobe sekundárnej sterility pri zrastoch po infekcii chlamýdiami. Dôležité je stanoviť príčinu výtoku čo najskôr a ochorenie kauzálne liečiť. Úlohou lekára je pomôcť pacientke, nielen riešiť jej diagnózu.

**MUDr. Barbora Gulánová**  
Dermatovenerologická klinika LF UK a FNsP Bratislava  
Mickiewiczova 13, 813 69 Bratislava  
e-mail: gulanova@atlas.sk

Tabuľka 1. Časté diagnózy s výtokom.				
Diagnóza	Symptómy	Nález	Pôvodca	Liečba
<b>Bakteriálna vaginóza</b>	sivastý výtok, rybí zápach, mierna iritácia a pálenie	sivý/žltý výtok, pH ≥ 4,5, pozitívny aminový test, viac ako 20 % kľúčkových buniek	<i>Gardnerella vaginalis</i> , <i>Bacteroides</i> , <i>Mobiluncus</i>	p. o. metronidazol, lok. klindamycín, metronidazol
<b>Trichomoniáza</b>	žltozelený penivý výtok, svrbenie, iritácia, dysúria, bolesti v podbrušku	žltozelený výtok, pH > 5, hemoragické makuly na cervixe (jahodový cervix), nález hruškovitého prvka (natívny preparát, fázový kontrast, farbenie Giemsa)	<i>Trichomonas vaginalis</i>	p. o. metronidazol, tinidazol, ornidazol
<b>Kvapavka</b>	hnisavý žltozelený hustý výtok, pálenie, dysúria	výtok, erytém, opuch, ↑ leukocyty, ↓ laktobacily, pH > 5, mikroskop. nález baktérií (Gramovo farb.), kultivácia	<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	penicilíny, cefalosporíny, makrolidy
<b>Bakteriálna vaginítída</b>	hnisavý žltozelený výtok, pálenie, dysúria	výtok, erytém, opuch, fisúry v záhyboch ↑ leukocyty, ↓ laktobacily, pH > 5, mikroskop. nález baktérií (Gramovo farb.), kultivácia	<i>Streptococcus agalactiae</i> , <i>Staphylococcus aureus</i> , α hemolytický <i>Streptococcus</i>	penicilíny, cefalosporíny, klindamycín
<b>Herpes genitális</b>	bolesti v introite, malátnosť, horúčka, vezikuly s čírym, neskôr skaleným obsahom	herpetiformne usporiadané vezikuly, zápal, opuch, fluorescenčný test, kultivácia vírusu	<i>Herpes simplex 2</i> (event. HSV1)	acyklovir
<b>Chlamýdiová cervicitída</b>	žltkasto-biely výtok, svrbenie introitu, dysúria	červenkastý cervix, z neho žltý/biely mukopurulentný fluor, ektopia, kontaktné krvácanie, kultivácia pôvodcu, PCR	<i>Chlamydia trachomatis</i>	makrolidy, tetracyklíny
<b>Cytolytická vaginóza</b>	kyslý, belavý, hrudkovitý, hustý výtok s jemne kyslým pachom alebo bez zápachu	pH ≤ 4,5, veľa laktobacilov, veľa epiteliálnych buniek, veľké, nahé jadrá	<i>Lactobacillus species</i>	sóda bikarbóna 30 – 60 g na 1 l vody – výplachy 2 – 3 x týždenne
<b>Laktobacilóza</b>	kyslý, belavý, hrudkovitý, hustý výtok s jemne kyslým pachom alebo bez zápachu	pH ≤ 4,5, elongované laktobacily, málo leukocytov	<i>Lactobacillus species</i>	amoxicilín/klavulanová kyselina
<b>Normálny fluor</b>	kyslý, belavý, hrudkovitý, hustý výtok s jemne kyslým pachom alebo bez zápachu	vulva bez erytému, fyziologický mikroskop. nález	<i>Lactobacillus species</i>	bez medikamentózneho liečby, poučenie pacientky

Tabuľka spracovaná podľa 3, 6, 12, 13.

**Literatúra**

- Anderson M, Karasz A, Friedland S. Are Vaginal Symptoms Ever Normal? A Review of the Literature. Medscape General Medicine 2004; 6 (4): <http://www.medscape.com/viewarticle/490226>.
- Špaček J, Buchtá V, Veselský Z, Kalousek I. Interakce kvasinek s hostitelem ve vztahu k urogenitálnímu traktu, vulvovaginální kandidóza, urologické aspekty mykotických onemocnění. Česká Gynekol. 2003; 68 (6): 432–439.
- Braun-Falco O, Plewig G, Wolff HH. Dermatológia a venerológia. Martin: Osveta 2001. 1475 s.
- Buchvald J, Buchvald D. Dermatovenerológia. Univerzita Komenského Bratislava 2002. 281 s.
- Klíment M, Korbeľ M, Hružík P, Redeča M. Etiológia, patogenéza a diagnostika akútnej a recidivujúcej vulvovaginálnej kandidózy. Praktická Gynekológia 1998; 5 (1): 1–7.
- Nyirjesy P. Chronic Vulvovaginal Candidiasis. American Family Physician, feb. 2001; 63 (4): 697–702. [www.aafp.org/afp](http://www.aafp.org/afp).
- Margesson LJ. Contact dermatitis of the vulva. Dermatologic Therapy 2004; 17: 20–27.
- Nyirjesy P, Weitz MW, Grody MHT, Lorber B. Over-the-Counter and Alternative Medicines in the Treatment of Chronic Vaginal Symptoms. Obstetrics&Gynecology, July 1997; 90 (1): 50–52.
- Sheary B. Recurrent vulvovaginal candidiasis. Australian Family Physician, March 2005; 34 (3): 147–150.
- Sihvo S, Ahonen R, Mikander H, Hemminki E. Self-medication with vaginal antifungal drugs: physicians' experiences and women's utilization patterns. Family Practice 2000; 17 (2): 145–148.
- Walker PP, Reynolds MT, Ashbee HR, Brown C, Evans EGV. Vaginal yeasts in the era of "over the counter" antifungals. Sex. Transm. Inf. 2000; 76: 437–438.
- Čepický P. Vulvovaginitis. Moderní gynekolgie a porodnictví 2001; 10 (3): 285–292.
- Edwards L. The diagnosis and treatment of infectious vaginitis. Dermatologic Therapy 2004; 17: 102–110.
- Edwards L. Dermatologic therapy of chronic genital disease. Dermatologic Therapy 2004; 17: 1–7.
- Irving G, Miller D, Robinson A, Reynolds S, Copas AJ. Psychological factors associated with recurrent vaginal candidiasis: a preliminary study. Sex. Transm. Inf. 1998; 74: 334–338.