

Острая язва вульвы Липшютца

— Чапина

*Lipschutz — Chapin`s acute vulvar
ulcer*

Выполнила: Глеужанова Г.Т

АиГ 702-1 гр

План:

- Введения
- Основной часть
- 1. Возбудитель – влагалищная палочка Дедерлейна (Bacillus crassus)**
- 2.Патогенез**
- 3.Клиника**
- 4.Дифференциальная диагностика**
- 5.Диагностика**
- 6.Лечение**
 - Заключение
 - Список литературы

Известно, что урогенитальный тракт женщины представляет собой экологическую нишу, каждый биотоп которой колонизирован определенной популяцией микроорганизмов. Нормальная микрофлора влагалища характеризуется большим разнообразием видов бактерий и является очень чувствительной индикаторной системой, которая способна реагировать качественными и количественными изменениями на любые физиологические и патологические сдвиги в состоянии организма, а также препятствовать инвазии патогенных организмов.

На фоне видового многообразия ведущее место в вагинальном микроценозе женщин репродуктивного возраста занимает флора Дедерлейн, и в особенности лактобациллы (*Lactobacillus* spp. в количестве 10^3 — 10^8 КОЕ/мл), то есть ее первая из трех составляющая. Благодаря их специфической адгезии на эпителиальных клетках образуется биопленка, состоящая из микроколоний лактобацилл, окруженных продуктами их метаболизма, — гликокаликсом [3]. Адгезивный процесс зависит от многих причин, и прежде всего от рецепторной активности эпителиальных клеток и уровня активности половых гормонов. Колонизация слизистой влагалища лактобациллами обеспечивает формирование экологического барьера, а тем самым и резистентность влагалищного биотопа. Известно, что лактобациллы бывают как аэробного, так и анаэробного происхождения, но доминируют, как правило, факультативно-анаэробные перекисьпродуцирующие. Они представлены большим количеством видов (более 10). При этом преобладают *L. acidophilus*. *Lactobacillus* spp. маловирулентны и редко становятся возбудителями инфекционных процессов, осуществляя в основном защитную функцию, за счет способности к продукции эндоботиков — веществ, действие которых подобно антибиотикам [4]. Вместе с тем описаны единичные случаи, когда данные бактерии вызывали развитие сальпингита и даже перитонита [5]. Имеются публикации, свидетельствующие о возможной этиологической роли лактобактерий в развитии патологических состояний влагалища, таких как цитолитический вагиноз [6] и вагинальный лактобациллез [

Один из вариантов лактобацилл, а именно *Lactobacillus casei* (прежнее название *Bacillus crassus*, *Bacillus vaginalis Doderlein*), может стать причиной развития острого заболевания наружных гениталий, определяемого как язва вульвы острая Липшютца — Чапина (*ulcus vulvae acutum Lipschutz-Tcharin*) (син.: Липшютца — Чапина острая язва вульвы, язва псевдовенерическая). Это достаточно редкое заболевание, впервые описанное австрийским дерматологом Б. Липшютцем (B. Lipschutz, 1878-1931), обусловленное, по-видимому, сенсibilизацией лактобациллой Дедерлейна и проявляющееся появлением в указанных местах одиночных или множественных язв с гнойным отделяемым. Возникает главным образом у девушек и молодых женщин.

Существует несколько точек зрения на причины, вызывающие данное состояние. Большинство авторов придерживается мнения о приобретении своеобразной патогенности лактобацилла (переход из сапрофитирующего состояния) в ответ на иммунные дискорреляции [8]. Возможно, что определенную роль играет извращенная чувствительность организма к лактобациллам. По-видимому, могут иметь значение аллергические процессы, снижение реактивности организма, поскольку заболевание часто развивается после перенесенных инфекционных процессов (ангина, тонзиллит, пневмония, туберкулез). Этому благоприятствуют также повышенная (аллергическая) чувствительность и сенсibilизация организма к данному возбудителю (внутрикожная реакция с вакциной влагалищной палочки и реакция связывания комплемента у больных обычно положительны). *Bacillus crassus*, которую некоторые авторы рассматривают как видоизмененную палочку Дедерлейна, обнаруживают в значительном количестве в гнойном отделяемом язв при окраске по Граму или метиленовым синим в варианте толстых со срезанными конусами грамположительных палочек

Заболевание, как правило, начинается с общего недомогания, зуда в области гениталий, повышения температуры, которая держится в течение нескольких дней, достигая 39-40°; реже без повышения или на фоне субфебрильной температуры тела и протекает остро в течение нескольких дней, иногда до 2-3 недель и более. Появляется отек и болезненность, чаще в области вульвы, где обнаруживаются одна или несколько язв. Развитию язвы предшествует образование небольшой папулы с пустулизацией в центре.

Клинически выделяют несколько форм:

- ❖ **острую (типичную),**
- ❖ **подострую,**
- ❖ **милиарную,**
- ❖ **гангренозную,**
- ❖ **эрозивную,**
- ❖ **рецидивирующую,**
- ❖ **дифтероидную**

Обычная форма проявляется единичной или множественными сильно болезненными некротическими язвами, располагающимися на фоне отечной, несколько покрасневшей слизистой оболочки вульвы и половых губ. Язвы различной величины, с четкими границами и венчиком гиперемии по периферии располагаются поверхностно, имеют мягкое основание, рыхлые подрытые края и серовато-желтое серозно-гнойное отделяемое в области дна. Количество язв может быть различным. Высыпания сопровождаются общими явлениями (лихорадка, озноб, недомогание, боли в суставах и т.д.), которые особенно значительны при появлении гангренозных изменений. Периферические лимфатические узлы обычно не увеличиваются. После отпадения корок наступает быстрая эпителизация или рубцевание язв. Образовавшиеся рубцы нежные, поверхностные.

При подострой форме язвы возникают последовательно. Чаще течение заболевания острое, но встречаются и хронические формы с рецидивами. Заболевание незаразно для окружающих.

Гангренозная форма проявляется единственной шанкриформной некротической язвой до 3 см в диаметре, окружающие ткани резко гиперемированы и отечны. В острой стадии отмечаются высокая температура (до 40 °С), жгучие боли в области наружных половых органов. Регионарные лимфатические узлы увеличены.

Иногда регистрируется сочетание острой язвы вульвы с афтозно-язвенными высыпаниями на слизистой оболочке рта (на внутренней поверхности губ), эритематозно-экссудативными высыпаниями на коже, узловатой эритемой, хроническим рецидивирующим афтозом и др. В таких случаях, кроме повышения температуры тела и общей слабости, могут появиться боли в суставах, конъюнктивиты, увеиты и иридоциклиты. Диагноз устанавливают на основании клинической картины, а также результатов лабораторного исследования отделяемого язв.

Рисунок 1. Острая язва вульвы (единичная и множественные)



У некоторых пациенток имелись афтозно-язвенные высыпания на слизистой оболочке рта (на внутренней поверхности губ)

Рисунок 2. Афтозно-язвенные поражения слизистой оболочки рта



- При исследовании отделяемого и соскобного материала с поверхности язв, а также уретры, влагалища и цервикального канала методами микроскопии (с изучением нативных и окрашенных препаратов, а также темнопольной микроскопии), культуральным, МАНК (методов амплификации нуклеиновых кислот второго, а в ряде случаев и третьего уровня) гонококки, трихомонады, дрожжеподобные грибы, хламидии, генитальные микоплазмы, вирусы герпеса I и II типов, Эпштейна — Барр и цитомегаловируса не были верифицированы. Исключены сифилитическая, ВИЧ-инфекция и гепатиты. УЗИ-диагностика органов полости малого таза позволила исключить признаки воспаления (эндоцервицит, эндометрит, сальпингоофорит). Микроскопически определялась мелкая палочковая грамм ± флора, что в совокупности с клинической картиной позволило нам фиксировать состояние: острая язва вульвы Липшютца — Чапина.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ОСТРАЯ ЯЗВА ВУЛЬВЫ

- Генитальный герпес отличается более поверхностным, эрозивным характером высыпаний, отсутствием регионарного лимфаденита;
- Острая язва вульвы Липшютца - Чапина встречается чаще у девственниц, обычно сопровождается нарушением общего состояния, повышением температуры тела и проявляется в 3 формах: милиарной, венерической и гангренозной;
- Туберкулезную язву отличает наличие множественных творожистых узелков на дне;
- Опухолевая язва напоминает мягкий шанкр только на начальных этапах;
- Язва при первичном сифилисе малоблезненна, имеет плотный инфильтрат в основании, ровные, неподрытые края.

Для лечения больных с острой язвой вульв, как правило, рекомендуется проведение сочетанной терапии с использованием иммуностропных средств с антибиотиками широкого спектра, гипосенсибилизирующими препаратами, поливитаминами, в ряде случаев аутогемотерапии, гамма-глобулина, при необходимости — эубиотиков. При гангренозной форме и присоединении вторичной инфекции назначают цефалоспорины (цефтриаксон по 0,25-0,5 г/сут., 5 дней), фторхинолоны, аминогликозиды, гентамицин в сочетании с НСПВС (мовалис, индометацин, сургам). При выраженном болевом синдроме используют анальгетики в сочетании с димедроло

Наружно показано проведение частых гигиенических мероприятий с нераздражающими антисептическими присыпками, вяжущими, противовоспалительными растворами — калия перманганата, фурациллина, декаметоксина, хлоргексидина, этакридина лактата, настоями ромашки, шалфея, хвои, череды, тысячелистника; репаратанты (солкосерил, аекол, актовегин, аевит); кортикостероидные мази, содержащие антибиотики. Необходим постельный режим. Профилактика направлена на укрепление защитных сил организма и соблюдение правил личной и половой гигиены.

Несмотря на редкость, вышеуказанная патология продолжает встречаться в клинической практике. Это предполагает целесообразность включения в диагностический алгоритм пациенток, имеющих эрозивно-язвенные поражения органов урогенитальной сферы, не только клинико-визуального осмотра и методик диагностики, позволяющих исключить/подтвердить верификацию возбудителей ИППП, но и получение данных о количественном и качественном составе лактобацилл, занимающих ведущее место в вагинальном микробиоценозе женщин репродуктивного возраста, что обеспечит проведение более качественной их терапии и реабилитации.

Литература:

1. Васильев М.М., Денисова В.М. Эпидемиология, диагностика и лечение больных с эрозивно-язвенными поражениями половых органов, ассоциированными с бактериальной инфекцией, а также с вирусами из семейства герпесов / *Клиническая дерматология и венерология*, 2009. — № 1. — С. 16-22.
2. Fugua W.C., Winans S.C., Greenberg E.P. Quorum sensing in bacteria: the LuxR-LuxI family of cell density-responsive transcriptional regulators. — *J. Bacteriol.*, 1994; 176 (2): 269-275.
3. Анкирская А.С., Демидова Е.М., Земляная А.А. // *Вестн. АМН СССР*, 1991. — № 6. — С. 17-19.
4. Канашкова Т.А., Титов Л.П., Скороход Г.А. и др. // *Тезисы докладов Научной конф. «Проблемы бактериологии и иммунологии»*. — Минск, 1999. — С. 69-73.
5. Воропаева С.Д. // *Антибиотики и химиотер.*, 1999. — Т. 44. — № 3. — С. 42-45.
6. Gibley L.J., Gibley L.J. // *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 1991. — Vol. 165. — № 4. — P. 1245-1249.
7. Horowitz B.J., Mardh P.A., Hady E., Rank E.L. // *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 1994. — Vol. 170. — № 3. — P. 857-861.
8. Мавров И.И. Половые болезни. — М.: АСТ-ПРЕСС КНИГА, 2002. — 752 с.: ил. — (Медицинская энциклопедия).
9. Кожные и венерические болезни: справочник / под редакцией О.Л. Иванова. — М.: Медицина, 2007. — 336 с.
10. Жучимова Н.Л., Бочкарев Ю.М., Чигвинцева Е.А., Сурганова В.И. Острая язва вульвы / *Клиническая дерматология и венерология*, 2006. — № 1. — С. 33-35.
11. Прохоренков В.И., Цурган К. Дифференциальная диагностика эрозивно-язвенных поражений гениталий. *Consilium Medicum*, 2004: Т.06, № 3.
12. Тихонова Л.И., Кусина В.И., Лосева О.К. и др. Тактика клинико-лабораторной диагностики и терапии инфекций, передаваемых половым путем, характеризующихся эрозивно-язвенными поражениями, и лепры / *Вестник дерматологии и венерологии*, 2006. — № 6. — С. 46-55.