

**С.В. БАТЫРШИНА, Е.И. ЮНУСОВА, Е.И. ХАЛЕВИНА**

УДК 618.16-002.44:616.31-07

Казанская государственная медицинская академия

Республиканский клинический кожно-венерологический диспансер, г. Казань

Острая язва вульвы Липшютца — Чапина: рациональная диагностика и терапия

Батыршина Светлана Васильевна

доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой дерматовенерологии и косметологии

420111, г. Казань, ул. Б. Красная, д. 11, тел./факс (843) 238-69-16, e-mail: kgmadvk@mail.ru, sbkdv@mail.ru

Рассматриваются случаи острой язвы вульвы Липшютца — Чапина, указываются причины возникновения, клинические варианты, диагностические и терапевтические решения.

Ключевые слова: острая язва вульвы, этиопатогенез, клиника, диагностика, терапия.

S.V. BATYRSHINA, E.I. YUNUSOVA, E.I. HALEVINA

Kazan State Medical Academy

Republican Clinical Venereal Diseases Clinic, Kazan

Lipschutz — Chapin`s acute vulvar ulcer: rational diagnostics and therapy

The cases of acute ulcer of vulva Lipschutz-Chapin`s are considered: the reasons of occurrence, clinical types, diagnostic and therapeutic decisions.

Key words: acute ulcer of the vulva, etiopathogenesis, clinical manifestations, diagnosis, therapy.

Эрозивно-язвенные поражения органов урогенитальной сферы сохраняют свою актуальность в настоящее время. Это связано прежде всего с их широким распространением, полиэтиологичностью и существенным влиянием на репродуктивное здоровье [1]. Сугубо локальная патология, нередко с поражением только нижних отделов полового тракта, тем не менее является зеркальным отражением того, что происходит в верхних отделах репродуктивной системы. Клиническая практика все нагляднее подтверждает эту точку зрения и свидетельствует о необходимости использования рациональных подходов к диагностике и терапии.

В настоящее время можно указать на достаточное количество причин формирования таких состояний. Благодаря достижениям последних десятилетий в области молекулярной биологии, электронной микроскопии, созданию высокотехнологических методов детекции микроорганизмов, как правило, чаще всего являющихся причиной развития процесса воспаления, в том числе реализующегося в варианте эрозивных и язвенных повреждений тканей, наши представления о микрофлоре урогенитального тракта во многом изменились.

Следует отметить, что значительно возросло количество нозологий, частично или преимущественно связанных с ин-

фекциями, передающимися преимущественно половым путем (ИППП). Если два-три десятилетия назад диагностировались в основном сифилис, гонорея и трихомониаз, то есть преобладали бактериальная и протозойная инфекции, то в настоящее время значительно увеличивается число пациентов, имеющих вирусную (герпетическую), а также микотическую (кандидозную) этиологию воспаления органов урогенитального тракта. Значительно возросло и количество сочетанных (смешанных) урогенитальных инфекций (СУГИ) бактериальной, протозойной, вирусной и микотической этиологии, диагностируемых как одновременно, так и поэтапно, что в свою очередь затрудняет своевременную верификацию возбудителей как в соскобном и свободном отделяемом из традиционных для исследования очагов, так и содержимом язв. При этом чаще регистрируется упорное клиническое течение, развиваются осложнения и формируется резистентность к терапии.

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 физио-



логические 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 Дедерлейна, 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 перекисепродуцирующие. 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 эндотоксинов — 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 цолиитический вагиноз [6] и вагинальный лактобациллез [7].

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 acutmn Lipschutz-Tchapin*) (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, сенсибилизацией 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 сенсибилизация 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. Однако, по мнению других, обнаружение *Bacillus crassus* не имеет этиологического значения, поскольку она может и отсутствовать при этом заболевании.

Ряд авторов определяют это состояние как болезнь, протекающую в варианте многоформной экссудативной или острой узловатой эритемы. Некоторые в качестве этиологической причины ее возникновения указывают вирус Эпштейна — Барр [9, 10]. В литературе также встречаются описания подобных язвенных процессов как проявление тифозной или другой инфекции и отмечено, что примерно в 10% случаев у больных сыпным тифом наблюдаются острые язвы вульвы. У некоторых больных с острой язвой вульвы впоследствии выявляли сыпной тиф, паратиф [9]. Имеется также мнение о том, что язва вульвы является abortивной формой болезни Бехчета (большого афтоза Турена).

Заболевание, как правило, начинается с общего недомогания, жуда в области гениталий, повышения температуры, которая держится в течение нескольких дней, достигая $39-40^\circ$; 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 и др. 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°C), 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.

Многообразие причин возникновения эрозивно-язвенных поражений половых органов вызывает сложности при дифференциальной диагностике этих заболеваний. От практикующих врачей требуется особая настороженность в плане дифференциальной диагностики острой язвы вульвы с заболеваниями, вызванными инфекциями, передающимися половым путем, учитывая не только высокий уровень заболеваемости, но и увеличение числа их атипичных проявлений, а также с другими инфекционными, воспалительными и относительно редкими

заболеваниями, характеризующимися эрозивно-язвенными поражениями [11, 12].

Резкая болезненность очагов поражения и клиническая картина острой язвы вульвы позволяют проводить дифференциальную диагностику с язвами мягкого и твердого шанкра, эрозированными папулами вторичного периода сифилиса. Язва при первичном сифилисе малоболезненна, имеет плотный инфильтрат в основании, ровные, неподрытые края. Кроме того, установлению правильного диагноза способствуют и характерные изменения лимфатических узлов, а также данные лабораторного обследования (микроскопическое исследование и серологические реакции).

Туберкулезные язвы чаще единичны, не сопровождаются острыми явлениями, протекают хронически. Отличает также наличие множественных творожистых узелков на дне язвы; кроме того, постановке диагноза помогают данные анамнеза, результаты кожных проб, наличие туберкулезного поражения других органов. В отделяемом язв находят микобактерии туберкулеза. Реакции Пирке, Манту и Коха положительны.

Генитальный герпес отличается более поверхностными, микрополициклическими очертаниями и эрозивным характером очагов поражения после вскрытия сгруппированных пузырьков, быстрым регрессом клинических проявлений, чаще рецидивирующим характером течения. Болевые ощущения у больных генитальным простым рецидивирующим герпесом чаще отсутствуют.

Рисунок 1.

Острая язва вульвы (единичная и множественные)



Распознаванию гонорейных/трихомонадных язв помогает наличие других поражений мочеполовой системы, типичных для гонореи/трихомониаза, а также верификация возбудителей (микроскопическое, культуральное исследования).

Дифтерия кожи может присоединиться к ранее существовавшим дерматозам, возникать вторично путем аутоинокуляции при поражении зева, носа, глаз. Дифтерийные язвы болезненны, ограничены, округлой или неправильной формы, покрыты большей частью серо-зеленоватым налетом, после снятия которого образуется кровоточащая поверхность.

В течение последнего года под нашим наблюдением находилось несколько больных, которые обратились с жалобами на появление язвочек в течение 2-4 дней в области наружных половых органов, на фоне высокой температуры тела, достигающей 38°-39°С. У части больных аналогичные образования имелись в анамнезе (1-2 года назад). Они разрешались самостоятельно, без какого-либо лечения. Одновременно фиксировались эрозии во рту, по поводу которых пациентки обращались к стоматологу и проводили курсы терапии, включающие анти-

септики, назначаемые топически. При осмотре на слизистой оболочке вульвы на слегка отечном гиперемизированном фоне визуально регистрировались язвы ярко-красного цвета, расположенные поверхностно на мягком основании, от 3-4 мм до 3 см в диаметре, с четкими границами и рыхлыми подрытыми краями. Дно язв было покрыто серовато-желтым гнойным отделяемым. По периферии язв наблюдался венчик гиперемии (рис. 1). При пальпации отмечалась резкая болезненность. Увеличения периферических лимфатических узлов не наблюдалось. У некоторых пациенток имелись афтозно-язвенные высыпания на слизистой оболочке рта (на внутренней поверхности губ) (рис. 2).

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), культураль-

ным, 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.

Для лечения больных с острой язвой вульвы, 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 — зубитиков. 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 димедролом.

Наружно показано проведение частых гигиенических мероприятий с нераздражающими антисептическими присыпками, вяжущими, противовоспалительными растворами — калия перманганата, фурациллина, декаметоксина, хлоргексидина, этакридина лактата, настоями ромашки, шалфея, хвоя, 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.

Наблюдавшиеся нами пациентки получали лечение вифероном в виде суппозиториев (ежедневно ректально/вагинально 2 раза в сутки, в течение 10 дней) и местную терапию — кремом «Фуцикорт» 2 раза в сутки, 7 дней. Динамика в виде очищения поверхности язв и их эпителизации отмечалась как

положительная уже на 2–3-и сутки терапии. На 8–10-е сутки клинического наблюдения эрозии в области слизистой губ бесследно регрессировали, а на слизистой вульвы эрозии эпителизовались. Отмечалась лишь незначительная гиперемия, которая исчезла к концу 2-й недели. В течение года клинко-лабораторного наблюдения за пациентками рецидивов не отмечалось.

В основе использования нами виферона в терапии пациентов лежало не только стремление подавить QS у микроорганизмов, ставших вдруг патогенными, что чаще достигается включением в комплексную терапию антибиотиков, а желание реализовать QS регуляторные механизмы для увеличения антагонистической и метаболической активности представителей нормальной микрофлоры, обеспечивающей универсальную защиту макроорганизма с восстановлением утерянных нормальных свойств лактобацилл и вторжения патогенных бактерий.

Используемый нами вариант терапии в качестве альтернативы этиотропной антибактериальной способствовал направленной фармакологическому снижению агрессивности собственной флоры. В настоящее время появился термин «антипатогенные» лекарственные средства, которые в отличие от антибиотиков действуют на ключевые регуляторные пути метаболизма, подавляя экспрессию генов вирулентности или отодвигая их на более позднюю стадию развития популяции возбудителя. При этом времени на приобретение патогенных свойств лактобациллами может и не быть, обеспечивая для макроорганизма время на адаптацию и мобилизацию иммунного ответа.

Несмотря на редкость, вышеуказанная патология продолжает встречаться в клинической практике. Это предполагает целесообразность включения в диагностический алгоритм пациентов, имеющих эрозивно-язвенные поражения органов урогенитальной сферы, не только клинко-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., Кисина В.И., Лосева О.К. и др. Тактика клинко-лабораторной диагностики и терапии инфекций, передаваемых половым путем, характеризующихся эрозивно-язвенными поражениями, и лепры / Вестник дерматологии и венерологии, 2006. — № 6. — С. 46-55.



УВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ!

**ПРОСИМ ВАС ОБРАТИТЬ ВНИМАНИЕ
НА ПОРЯДОК И ФОРМУ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ РУКОПИСЕЙ
В ЖУРНАЛ «ПРАКТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА»**

Рукописи можно представлять по электронной почте: maltc@mail.ru

Рукописи подаются в двух экземплярах с электронной версией (CD, дискета). Рукопись должна сопровождаться четкой информацией об отправителе и ответственном авторе материала: фамилия, имя, отчество, почтовый адрес (с индексом), тел., e-mail. Эти данные необходимы для ведения переписки, направления рецензий и другой корреспонденции.

Журнал ориентирован на практикующих врачей, поэтому приветствуются статьи в виде клинических лекций и обзоры литературы на актуальные темы, отражающие современное состояние проблемы диагностики, профилактики и лечения отдельных заболеваний и синдромов.

Объем статей: для оригинальной работы — не более 10 страниц; для лекции или обзора литературы — не более 15 страниц; для описания клинического наблюдения — не более 5 страниц.*

С уважением, редакция журнала «Практическая медицина»

** Полный текст правил оформления рукописей представлен на стр. 8.*