

СЛУЧАЙ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО КАНДИДОЗНОГО ВУЛЬВОВАГИНИТА У БОЛЬНОЙ С ПСОРИАЗОМ

Исраилова З.Ш. (врач-акушер-гинеколог)*, Мавлянова Ш.З. (зав. отделом)

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии МЗ РУз, Ташкент

© Исраилова З.Ш., Мавлянова Ш.З., 2011

В статье представлен случай рецидивирующего кандидозного вульвовагинита у больной с псориазом. На основании анамнестических, клинико-лабораторных данных было установлено, что глюкокортикостероиды, цитостатики, а также хроническое течение основного заболевания (псориаза) влияет на состояние нормального биоценоза влагалища у женщин с псориазом.

Ключевые слова: иммуносупрессивная терапия, *Candida* spp., кандидозный вульвовагинит, псориаз

CASE OF RECURRENT VULVOVAGINAL CANDIDOSIS AT PATIENT WITH PSORIASIS

**Israilova Z.Sh. (obstetrist-gynecologist),
Mavlyanova Sh.Z. (head of the department)**

Republican Specialized Research-and-Practical Medical Center of Dermatology and Venerology of MH of Republic Uzbekistan, Tashkent

© Israilova Z.Sh., Mavlyanova Sh.Z., 2011

Case of recurrent vulvovaginal candidosis in a patient with psoriasis has been presented in the article. On the basis of anamnestic, clinical and laboratory data revealed that gluco-corticosteroids, cytotoxic agents, as well as chronic-parameter for the underlying disease (psoriasis) influence exists in the state of normal vaginal biocenosis in women with psoriasis.

Key words: *Candida* spp., immunosuppressive therapy, psoriasis, vulvovaginal candidosis

ВВЕДЕНИЕ

Кандидозный вульвовагинит – это заболевание слизистых оболочек гениталий, вызываемое дрожжеподобными грибами рода *Candida*. За последние годы его частота возросла в 2 раза и составила от 26 до 40-45% среди инфекционной патологии нижнего отдела половой системы [1-3]. Согласно данным из научной литературы, 75% женщин в течение всей

жизни имеют хотя бы один эпизод кандидоза мочеполовых органов, а 40-45% – два и более. Практически у каждой второй беременной женщины встречаются признаки генитального кандидоза [4].

Остро стоит проблема хронического рецидивирующего кандидозного вульвовагинита [2-5]. По данным Мирзабалаевой А.К., хронический рецидивирующий кандидоз гениталий в 84% случаев сочетается с другими возбудителями генитальных инфекций. При этом наиболее частым возбудителем является *Candida albicans* (89,1%), однако при моноинфекции частота встречаемости этого вида снижается до 79%, что подчеркивает необходимость видовой характеристики *Candida* spp. [2, 4].

К факторам риска развития кандидоза половых органов женщин относят состояние эндокринной и репродуктивной систем, иммунодефицитные состояния, а также образ жизни – promiscuitet, особенности контрацепции [2]. Наиболее частым провоцирующим фактором является применение антибиотиков широкого спектра действия, глюкокортикостероидов, цитостатиков, гормональной контрацепции с высоким содержанием эстрогенов [4, 5].

Возникая на фоне затяжной и хронической патологии различных органов, микозы осложняют течение основных, «фоновых» заболеваний, способствуя длительному течению, а также резистентности к проводимому лечению [3, 4, 6, 7]. Согласно литературным данным, хроническое течение основного заболевания на фоне иммунологической недостаточности, а также при наличии ятрогенных факторов способствует созданию благоприятной среды для размножения или повышения патогенных свойств условно-патогенной биоты, в частности *Candida* spp., в организме больных, индуцируя *Candida*-инфекцию [1, 5]. В качестве примера мы представляем случай кандидозной инфекции у больной с псориазом.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Обследована больная Н., 1977 г.р., жительница г. Ташкента, обратившаяся в консультативную поликлинику Республиканского Специализированного научно-практического медицинского Центра Дерматологии и Венерологии МЗ РУз с жалобами на кожные высыпания в области верхних и нижних конечностей, паховых складок и кожи больших половых губ, а также на повторяющиеся выделения белесоватого характера из половых органов, сопровождавшиеся сильным зудом. Больная была консультирована дерматологом.

Анамнез заболевания: пациентка болеет псориазом в течение 9 лет, причину возникновения заболевания ни с чем не связывает. Первые высыпания появились на коже голени в виде папул с серебристыми чешуйками размером от 0,5х1 см в диаметре. Аналогичные элементы начали возникать на других участках тела и сопровождались зудом. В связи с

* Контактное лицо: Мавлянова Шахноза Закировна
Тел.: (99871) 214-50-01

этим больная неоднократно обращалась к врачу-дерматологу по месту жительства, где ей назначали гипосенсибилизирующую, антигистаминную терапию, витамины группы А, В, С, антиоксиданты и наружно – противовоспалительные кортикостероиды (целестодерм, дермовейт крем) 2 раза в день в течение 1 месяца. Также были назначены физиотерапевтические процедуры – ПУВ-терапия в субэритемной дозе. Данное лечение способствовало рассасыванию кожно-патологического процесса, однако клиническая ремиссия длилась от 2 до 4 месяцев. Со слов больной, после лечения обострение кожного процесса возникло через 3-4 месяца, т.е. сезонности заболевания не было. В связи с упорным течением основного заболевания больная получала цитостатики (метотрексат в дозе 5 мг в день в течение 5 дней с 3-дневным перерывом – 2 курса); курс лечения цитостатиками – 2 раза в год. Однако больную периодически в течение 3-х лет беспокоили выделения из половых органов творожистого характера, по поводу чего она обращалась к гинекологу в женскую консультативную поликлинику, где при обследовании обнаружили дрожжевые грибы и был выставлен диагноз «кандидозный вульвовагинит». Со слов больной, кандидозный вульвовагинит имел рецидивирующий характер (обострение – 3-4 раза в год). Лечилась у врача акушера-гинеколога по месту жительства. Принимала флуконазол по 50 мг однократно в течение 7 дней и влагалищные спринцевания раствором хлоргексидина, димексида и клотримазоловые, тексиконовые свечи. Из-за частого раздражения и расчеса в половых органах отмечала появления псориазических бляшек на половых губах.

Анамнез жизни: больная росла и развивалась соответственно возрасту. Она третий ребенок в семье. Перенесенные заболевания: ОРВИ, аппендэктомия, мастопатия. Аллергию на пищевые и лекарственные средства отрицает. Наследственность отягощена – отец страдает псориазом.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Общее состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное, сон и аппетит сохранены. Костно-мышечная система без видимых деформаций. Периферические лимфатические узлы не увеличены, подвижны. При аускультации в легких везикулярное дыхание, хрипов нет, границы легких в пределах возрастных норм. Сердечные тоны ясные, ритмичные, шумов нет. АД – 110/60 мм. рт. ст., пульс – 80 уд/мин., удовлетворительного напряжения и наполнения. Язык влажный, чистый. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Патологических рефлексов нет. Симптом поколачивания в области почек отрицателен с обеих сторон. Стул и мочеиспускание свободные, регулярные.

Кожно-патологический процесс носит хронический, воспалительный, распространенный, симметричный характер и локализуется на коже верхних и

нижних конечностей и на коже больших половых губ.

Элементами поражения являются папулы, чешуйки. Кожа в очагах поражения гиперемирована, инфильтрирована, покрыта серебристыми чешуйками. Местами, в результате слияния папул, образовывались бляшки размером 5х3 см, 4х5 см в диаметре, округлой или неправильной формы. Симптом триады Ауспицы положителен. Субъективно больную беспокоил периодический интенсивный зуд.

Был выставлен диагноз: псориаз, распространенная форма, прогрессирующая стадия, смешанный тип.

Больная проконсультирована смежными специалистами – гинекологом и неврологом. При гинекологическом осмотре на коже больших половых губ выявили кожные высыпания в виде псориазических бляшек размером 7х3,5 см в диаметре, охватывающие наружную поверхность больших половых губ. Кожа в очаге поражения инфильтрирована, покрыта серебристыми чешуйками. При осмотре слизистых оболочек малых половых губ папулезных высыпаний не отмечали. В зеркалах наблюдали гиперемию и отечность слизистой оболочки влагалища, покрытую белым, творожистым налетом. Шейка матки расположена по центру оси малого таза, цилиндрической формы. Зев щелевидный, гиперемирован, с творожистыми выделениями. Матка и придатки без особенностей.

Пациентке выставлен клинический диагноз «хронический рецидивирующий кандидозный вульвовагинит». Диагноз невролога: нейроциркуляторная дистония.

У больной проведены обще-клинические исследования, общий анализ крови, биохимические и иммунологические исследования крови, общий анализ кала и мочи, микологические исследования из очагов поражения кожи половых органов, паховых складок и отделяемых из половых органов, гинекологические исследования мазка из влагалища, шейки матки и уретры.

Микологические исследования заключались в микроскопировании патологического материала и культуральном исследовании. Использовали среду Сабуро, на которую засеивали патологический материал. Посевы инкубировали в термостате при +37 °С в течение 48 часов, затем проводили учет количества дрожжевой биоты (Караев З.О. и др., 1984).

Видовую идентификацию микобиоты (*Candida* spp.) и определение чувствительности к антимикотикам проводили с использованием фунги-тестов производства Италии. Для определения чувствительности грибов к антимикотическим препаратам в отдельных лунках с внесенными различными антимикотиками отмечали изменение цвета в лунках и с помощью таблицы реакций определяли чувствительность. Для исследования использовали антимикотические препараты с учетом соответствующих Международных стандартов: амфотерицин В – 200 мг/мл, кетоконазол (низорал) – 100 мг/мл, флуконазол

(дифлюкан) – 100 мг/мл, флюороцитозин – 20 мг/мл, эконазол – 100 мг/мл и нистатин – 200 мг/мл.

Лабораторные исследования.

Общий анализ крови: Нб. – 110 г/л; ЦП – 0,9; эр. – $3,2 \cdot 10^{12}/л$; л. – $5,0 \cdot 10^9/л$; п. – 1%; с. – 60%; э. – 4%; лимф. – 40%; мон. – 5%; СОЭ – 4 мм/ч.

Биохимический анализ крови: общ. белок – 69,9 г/л; мочевины – 1,2 ммоль/л; креатинин – 54,6 ммоль/л; общ. холестерин – 3,7 ммоль/л; общ. билирубин – 12,0 ммоль/л; связанный – 4,0, свободный – 8,0, АЛАТ – 19 нмоль/л, АСАТ – 21 нмоль/л, глюкоза – 3,6 ммоль/л.

Общий анализ мочи: соломенно-желтого цвета, прозрачная, плотность – 1018, белок – abs, эпителий: плоский – 0-1, переходящий – 0, лейкоциты – 1-3, слизь – (+).

Общий анализ кала: консистенция – твердая, цвет – коричневый, запах специфический, жирные кислоты (+), мыла (+), переваренная клетчатка (+), крахмал (+), йодофильная биота (+), эпителий 0-1, лейкоциты 1-2, обнаружены цисты лямблий.

Гинекологические исследования

Анализ мазка из трех точек: уретра – лейкоциты – 3-4; цервикальный канал – лейкоциты – 30; слизистая оболочка влагалища – лейкоциты – 25-35. Возбудители ИППП – не обнаружены.

При микологическом исследовании выявили *Candida* spp. (почкующиеся формы и псевдомицелий) с высокой колонизацией более $72 \cdot 10^5$ КОЕ/мл, которые были идентифицированы как *Candida albicans*.

На основании анамнеза, клинической картины, лабораторных данных и консультации смежных специалистов больной поставлены основной диагноз «Псориаз, распространенная форма, прогрессирующая стадия, смешанный тип» и сопутствующий «Хронический рецидивирующий кандидозный вульвовагинит. Лямблиоз кишечника. Нейроциркуляторная дистония».

Учитывая основной патологический процесс (псориаз) и сопутствующие диагнозы (кандидозный вульвовагинит и лямблиоз, нейроциркуляторная дистония) пациентке было назначено лечение: тиосульфат натрия 30% – 10,0 мл в/в е/д №10; витамино-

терапия группы В, С, А; фенкорол 5 мг по 1 таблетке 2 раза в день в течение 10 дней; персен 5 мг по 1 таблетке 1 раз в день; антраль по 1 таблетке 3 раза в день после еды; наружно – противовоспалительные мази (2% салициловая мазь, дермовейт), физиотерапевтические процедуры (УФ-терапия в субэритемной дозе); а также противоямблиозная терапия (зентел 400 мг №3). По поводу кандидозного вульвовагинита больная получала антимикотические препараты системного (перорально – флуконазол (дифлюкан) 100 мг в день в течение 14 дней) и местного действия (клотримазол 100 мг вагинальные свечи в течение 7 дней).

После проведенного комплексного лечения у пациентки наблюдали положительную динамику основного кожно-патологического процесса на фоне эррадикации патогенной микобиоты из слизистой оболочки вагины, уменьшения гиперемии, исчезновения белых налетов на слизистой оболочке вагины и субъективных ощущений.

ОБСУЖДЕНИЕ

В представленном случае рецидивирующий кандидозный вульвовагинит являлся сопутствующей патологией, имевшей хроническое течение и усугублявшийся на фоне ятрогенного фактора у больной псориазом. В 90,1% случаев возбудителем кандидоза гениталий у женщин является *C. albicans*. Ведущими факторами в развитии *Candida*-инфекции являются первичное фоновое заболевание или состояние, а также применение антибиотиков, глюкокортикостероидов и цитостатиков, что способствовало развитию дисбаланса иммунной системы организма, при котором условно-патогенная биота приобретала патогенные свойства.

ВЫВОД

Данный случай рецидивирующего кандидозного вульвовагинита представляется как вторичная инфекция, развившаяся на фоне иммунных нарушений, связанных с основным заболеванием кожи (псориаз), имевшего хроническое течение, а также на фоне ятрогенного фактора (применение цитостатиков).

ЛИТЕРАТУРА

1. Артикходжаева Г.Ш., Иноятова Н.А. Вагинальный кандидоз. Метод. реком. – Ташкент, 2008.
2. Мирзабалаева А.К. Кандидоз и актиномикоз гениталий у женщин: Автореф. дисс...д.м.н. – СПб., 2002. – 38 с.
3. Назарова Е.К., Гиммельфарб Е.И., Созаева А.Г. Микробиоценоз влагалища и его нарушения // Антибиотики и химиотерапия. – 2002. – №4. – С. 34-42.
4. Мирзабалаева А.К., Котрехова Л.П., Долго-Сабурова Ю.В. Генитальный кандидоз у больных кожными заболеваниями с изолированным или преимущественным поражением наружных половых органов // Проблемы медицинской микологии. – 2002. – №2. – С. 60.
5. Мавлянова Ш.З., Баженов А.Г., Арифов С.С. Значение микрофлоры (грибов рода *Candida*) в возникновении и течении хронических дерматозов. Метод. реком. – Ташкент, 2004. – 24 с.
6. Абдеев Р.М., Корсунская И.М., Пирузян Э.С., Ахмедова П.А. Влияние факторов окружающей среды на распространенность псориаза // Эпидемиология и профессиональные болезни. – 2008. – № 6. – С. 27-29.
7. Каганова Н.А., Фриго Н.Б., Кубанов А.А., Знаменская Л.Ф. Генетические аспекты псориаза. // Вестник дерматологии. – 2009. – № 4. – С. 20-26.

Поступила в редакцию журнала 02.11.2011

Рецензент: А.К. Мирзабалаева