

Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького»

Кафедра дерматовенерологии и косметологии ФИПО

Острая язва вульвы Липшютца – Чапина
Особенности диагностики, обследования и лечения больных

ассистент к.м.н. Горбенко Ал.С.

8 июня 2022 г. Донецк

Эрозивно-язвенные поражения органов урогенитальной сферы сохраняют свою актуальность в настоящее время. Это связано с их широким распространением, полиэтиологичностью и существенным влиянием на репродуктивное здоровье женщины.

Несколько десятилетий назад диагностировали в основном сифилис, гонорею 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.

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

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

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). Благодаря их специфической адгезии на эпителиальных клетках образуется биопленка, состоящая из микроколоний лактобацилл, окруженных продуктами их метаболизма, — гликокаликсом

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 острая язва вульвы Липшютца — Чапина

Это достаточно редкое заболевание, впервые описанное австрийским дерматологом Б. Липшютцем (B. Lipschutz, 1878-1931), обусловленное, сенсibilизацией лактобациллой Дедерлейна и проявляющееся появлением в указанных местах одиночных или множественных язв с гнойным отделяемым. Возникает главным образом у девушек и молодых женщин.

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.

Клиника

- общее недомогание
- зуд в области гениталий
- повышение температуры, которая держится в течение нескольких дней, достигая 39-40°
- 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
- псевдовенерическую
- рецидивирующую

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 подрывные 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.

Кожные и венерические болезни: Учебное пособие П.Д. Гуляй. - Гродно: Гродненский государственный медицинский университет, 2003. - 182 с.

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

Милярная форма характеризуется множественными поверхностными язвочками с узким, едва выраженным ободком гиперемии, незначительным гнойным отделяемым, с виду похожими на афты, с острым или подострым течением. Лимфатические узлы не увеличены. Возможны рецидивы заболевания.

Гангренозная форма (шанкриформная) протекает тяжело. Температура тела повышается до 40°, появляются жгучие боли в области наружных половых органов, болезненность при мочеиспускании. Язвы на слизистой оболочке половых губ достигают 3 см в диаметре, покрыты некротическими массами, окружающие ткани резко гиперемированы и отечны. Регионарные лимфатические узлы увеличены.

При **псевдовенерической форме** заболевания повышения температуры, как правило, не отмечается, общее состояние больных удовлетворительное. Язвы мало болезненны, размер их примерно 3 мм в диаметре. Они имеют округлую или удлиненную форму, четкие границы. Края язв незначительно подрыты, воспалительный ободок вокруг них слабо выражен. Лимфатические узлы не увеличены. Нередко возникают рецидивы заболевания; возможно рубцевание язв на одних участках и появление новых — на других.

Рецидивирующая форма. Иногда острая язва вульвы может сопровождаться появлением на коже высыпаний, напоминающих узловатую эритему, а на слизистой оболочке полости рта — [афт](#); в этом случае заболевание имеет хроническое течение.

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.

Жучимова Н.Л., Бочкарев Ю.М., Чигвинцева Е.А., Сурганова В.И. Острая язва вульвы / Клиническая дерматология и венерология, 2006. — № 1. — С. 33-35.

Рисунок 1. Острая язва вульвы (единичная и множественные)



Кожные и венерические болезни: справочник / под редакцией О.Л. Иванова. — М.: Медицина, 2007. — 336 с.

Дифференциальная диагностика

Язва при первичном сифилисе малоблезненна, 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.

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.

Особенности диагностики

Опрос:

- отсутствии половых сношений (чаще всего заболевание встречается у девочек-подростков и девственниц)
- высыпания сопровождаются общими явлениями (лихорадка, озноб, недомогание, боли в суставах)

Осмотр:

- единичные или множественными сильно болезненные язвы
- локализующиеся на несколько покрасневшей слизистой оболочке вульвы и половых губ
- периферические лимфатические узлы не увеличены
- после эпителизации язв - рубец

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.

Особенности диагностики

Обследование:

- Общий анализ крови, биохимический анализ крови (билирубин общий, АЛТ, АСТ), Общий анализ мочи
- Общий урогенитальный мазок – исключение гонококка, трихомонады, дрожжеподобные грибы, соскоб на хламидии
- Исследования отделяемого и соскобного материала с поверхности язв, а также уретры, влагалища и цервикального канала методами микроскопии
- Бактериологическое исследование (после провокации) через 24,48,72 часа
- УЗИ органов малого таза - исключить признаки воспаления (эндоцервицит, эндометрит, сальпингоофорит).
- Исследование гормонов щитовидной железы при необходимости - ТТГ, Т4св, АТ-ТПО
- Консультация гинеколога: цель - исключение и/или лечение патологии органов малого таза
- Исключить сифилис (КСР, РИФ 200, РИФ абс)
- Исключить ВИЧ-инфекцию
- Исключить гепатиты В, С (по показаниям)

Лечение

Антибактериальная терапия: цефалоспорины (цефтриаксон по 0,25-0,5 г/сут., 5 дней), фторхинолоны, аминогликозиды, гентамицин в сочетании с НСПВС (мовалис, индометацин, сургам). При гангренозной форме и присоединении вторичной инфекции

Сочетанная терапия с использованием иммуностропных средств, гипосенсибилизирующими препаратами, поливитаминами, в ряде случаев аутогемотерапии, гамма-глобулина, при необходимости - эубиотиков.

При выраженном болевом синдроме используют анальгетики в сочетании с димедролом

Тихонова Л.И., Кисина 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.

Наружно :

- 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);
- комбинированные кортикостероидные мази, содержащие антибиотики.

Профилактика направлена на укрепление защитных сил организма и соблюдение правил личной и половой гигиены.

Тихонова Л.И., Кисина 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.

Благодарю за внимание