

**О.Н. Бетехтина**

**ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ БУЛЛЕЗНЫХ НАРУШЕНИЙ СЛИЗИСТОЙ  
ОБОЛОЧКИ РТА. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ**

**Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. А.С. Рутковская**

*Кафедра консервативной стоматологии*

*Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск*

*ГУ «Университетская стоматологическая клиника», г. Минск*

**O.N. Betehtina**

**APPROACHES TO THE DIAGNOSIS OF BULLOUS DISORDERS OF THE  
ORAL MUCOSA. CLINICAL CASE**

**Tutor: PhD, associate professor A.S. Rutkovskaya**

*Department of Conservative Dentistry*

*Belarusian State Medical University, Minsk*

*State Institution "University Dental Clinic, Minsk"*

**Резюме.** Буллезный пемфигоид - аутоиммунное заболевание кожи, вызванное продукцией аутоантител к компонентам полудесмосом (антигенам BP180 и BP230) и характеризующееся образованием субэпидермальных пузырей. В данной статье описывается один из возможных вариантов диагностики буллезного пемфигоида в рамках стоматологического приема.

**Ключевые слова:** буллезные дерматозы, слизистая оболочка рта.

**Resume.** Bullous pemphigoid is an autoimmune skin disease caused by the production of autoantibodies to components of hemidesmosomes (BP180 and BP230 antigens) and characterized by the formation of subepidermal blisters. This article describes one of the possible diagnostic options for bullous pemphigoid during a dental appointment.

**Keywords:** bullous dermatoses, oral mucosa.

**Актуальность.** Частота и распространенность буллезных нарушений слизистой оболочки рта постепенно увеличивается во всем мире. По данным литературы общая заболеваемость аутоиммунными буллезными дерматозами в Республике Беларусь в 2011г. составила 4,19 случаев на 100 000 населения. Многие из этих заболеваний сопровождаются тяжелым течением и высокой смертностью. Вопросы диагностики буллезных поражений являются сложными для врачей-стоматологов и врачей других специальностей. При первичном обращении пациентов с буллезными дерматозами диагноз ставится лишь в 9 % случаев.

**Цель:** представить тактику ведения пациента с заболеваниями слизистой оболочки рта на примере клинического случая.

**Задачи:**

1. Проведение клинических методов диагностики.
2. Применение лабораторных методов диагностики для постановки диагноза.
3. Определение врача-специалиста для лечения основного заболевания.
4. Динамическое наблюдение пациента.

**Материалы и методы.** Проанализированы литературные источники по буллезным нарушениям слизистой оболочки рта за последние 10 лет. Проведено клиническое обследование пациента, обратившегося на кафедру консервативной

стоматологии БГМУ с проявлениями буллезных нарушений в полости рта. Изучаемыми клиническими признаками были элементы поражения с их детальной характеристикой во всех анатомо-топографических областях на слизистой оболочке рта и губ, а также коже.

**Результаты и их обсуждение.** Количество госпитализированных пациентов с аутоиммунными буллезными дерматозами за последние 5 лет увеличилось в 2 раза. В связи с этим возникает необходимость разработать алгоритм диагностики буллезных поражений слизистой оболочки рта.

На кафедру консервативной стоматологии БГМУ обратилась пациентка Ц. 83 лет с жалобами на высыпания на слизистой оболочке рта, болезненность при приеме раздражающей пищи, а также невозможность носить полные съемные пластиночные протезы. В анамнезе общего здоровья пациентка сообщила, что болеет гипертонической болезнью и гастритом.

Анамнез стоматологического здоровья по данному заболеванию собирался на протяжении 2-х лет. Пациентка обращалась в различные учреждения здравоохранения, где ей ставили абсолютно разнообразный спектр диагнозов. Фигурировали диагнозы: КПЛ эрозивно-язвенная форма (L43.8), паранеопластический синдром, КПЛ не уточнённый (L43.9), травмированная папиллома слизистой правой щеки, новообразование, раздраженная фиброма, лейкоплакия слизистой оболочки правой щеки (K13.20).

При первичном обращении на кафедру консервативной стоматологии БГМУ у пациентки на слизистой оболочке правой щеки наблюдалась эрозия, покрытая плотным фибринозным налетом. По периферии эрозии наблюдались папулы, сливающиеся в кружевной рисунок. На бугре верхней челюсти слева - мелкие эрозивные поверхности, на мягком небе справа - пятно красного цвета с нечёткими контурами, однородной окраски. На коже также выявлялись элементы поражения, но в связи с тем, что у пациентки присутствовал сильный зуд, идентифицировать их было невозможно.

Предварительный диагноз: красный плоский лишай слизистой оболочки рта и кожи (эрозивно-язвенная форма) (L43.8)

Рекомендовано морфологическое исследование элемента поражения.

Во второе посещение на слизистой оболочке правой щеки отмечалась эрозия, покрытая фибринозным налетом с элементами эпителизации на отечном и гиперемизованном фоне подлежащей слизистой оболочки. На мягком небе справа на месте пятна образовался пузырь с серозным содержимым.

Диагноз: плоский лишай слизистой оболочки рта и кожи (буллезная форма) (L43.1)?, буллезный пемфигоид (L12.0)?

Лечение: проведена инцизионная биопсия в области эрозии на слизистой оболочке щеки справа размерами 0,5\*0,4\*0,6 см.

По результатам гистологического исследования макроскопически определялась субэпителиальная отслойка эпителия от подлежащей ткани с формированием щели. Имеющаяся морфологическая картина характерна для субэпителиального буллезного паттерна с примесью эозинофилов в воспалительном инфильтрате. Подобные изменения могут быть характерны для

буллезного пемфигоида. Для верификации диагноза пациентка была направлена на иммунологическое исследование. Оно показало отсутствие антител к базальной мембране кожи и десмосомам эпидермиса (ВР 230, ВР 180). Это снижает вероятность, но полностью не исключает диагноз буллезный пемфигоид и его разновидностей, поскольку серологические тесты положительных у 70-75% пациентов с этим состоянием и значительная доля заболевших специфических антител не имеет.

В третье посещение клиническая картина у пациентки значительно ухудшилась. На слизистой оболочке правой щеки наблюдались эрозии и пузыри с геморрагическим и серозным отделяемым, на мягком небе справа- пузырь с серозным и геморрагическим содержимым.

Предварительный диагноз: буллезный пемфигоид (L12.0)?, герпетиформный дерматоз Дюринга (L13.0)?, полная вторичная адентия (K00.01).

Пациентка направлена на госпитализацию в УЗ "Минский городской клинический центр дерматовенерологии".

В УЗ "Минский городской клинический центр дерматовенерологии" ей был выставлен диагноз буллезный пемфигоид с поражением слизистой оболочки рта.

Лечение: наружно раствор метиленовый синий, раствор клемастин 2 мл в/м 2 р/д, табл. Дексаметазон 0.5 мг 3 табл. в сутки, табл. омез, табл. аспаркам, сироп лактулоза, сусп. ребоспан 1 мл.

Рекомендации: наблюдение дерматолога, терапевта и кардиолога амбулаторно по месту жительства. Амбулаторно определение уровня витамина Д в крови. Продолжить приём препаратов, принимаемых на постоянной основе. 1 раз в год онкопоиск. Исключить острую, горячую, кислую, копченую пищу. После еды полоскать СОПР раствором антисептика, взбитым белком куриным. При появлении свежих высыпаний консультация дерматолога.

После проведенного лечения на слизистой правой щеки на месте эрозии наблюдался рубец. Остальная слизистая оболочка полости рта без элементов поражения.

**Выводы.** Пузыри и эрозии в полости рта, а также большие зудящие волдыри на коже являются характерными клинико-морфологическими элементами поражения для буллезного пемфигоида. Гистологическое и иммунологическое исследования – важные этапы дифференциальной диагностики при подозрении на один из буллезных дерматозов. Помощь данным пациентам оказывается врачами-интернистами в интеграции с врачом-стоматологом, основными задачами которого являются своевременное выявление патологии и направление пациента к врачу-специалисту, а также назначение местного лечения слизистой оболочки рта. На примере нашего клинического случая была продемонстрирована одна из возможных тактик ведения пациента с данной патологией.

#### Литература

1. Лукьянов, А.М. Эпидемиологические характеристики аутоиммунных буллезных дерматозов в республике Беларусь / Лукьянов, А.М. Колос Ю.В. // ARS MEDICA. – 2012. – №12. – С.73.

2. Alpsoy, E. Geographic variations in epidemiology of two autoimmune bullous diseases: pemphigus and bullous pemphigoid / E.Alpsoy, A.AkmanKarakas, S.Uzun // Arch Dermatol Res. – 2015. – May;307(4). – P.291–8.

3. Fernández-Avila, Daniel & Charry, Laura & González-Cardona, Lina. (2022). Prevalence of pemphigus in Colombia from 2013 to 2017 according to data from the National Health Registry. Anais Brasileiros de Dermatologia. 97. 10.1016/j.abd.2021.01.005.

4. LoSchiavo, A. Bullous pemphigoid: etiology, pathogenesis, and inducing factors: facts and controversies / A. Lo Schiavo, E.Ruocco, G.Brancaccio, S.Caccavale, V.Ruocco, R.Wolf // Clin Dermatol. – 2013. – Jul–Aug;31(4). – P.391–9.