

## **ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТА С БУЛЛЕЗНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РТА НА ПРИМЕРЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ**

Бетехтина О.Н., Рутковская А.С., Дашкевич Ю.И.

*УЗ «Борисовская ЦРБ», Беларусь*

*УО «Белорусский государственный медицинский университет», Беларусь*

*УЗ «3-я городская клиническая больница им. Е.В. Клумова» г. Минска, Беларусь*

Буллезный пемфигоид - аутоиммунное заболевание кожи, вызванное продукцией аутоантител к компонентам полудесмосом (антигенам BP180 и BP230) и характеризующееся образованием субэпидермальных пузырей. Вопросы диагностики буллезных поражений являются сложными как для врачей-стоматологов, так и для врачей других специальностей.

В связи с этим нами была определена цель: представить тактику ведения пациента с заболеваниями слизистой оболочки рта на примере клинического случая, используя детальную

характеристику элементов поражения во всех анатомо-топографических областях слизистой оболочки рта и губ, а также кожи.

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.

*Клинический случай.*

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: красный плоский лишай эрозивно-язвенная форма (L43.8), паранеопластический синдром, красный плоский лишай 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)

Назначено местное медикаментозное лечение слизистой оболочки рта: антисептическая обработка: спрей "Орасепт" 2 раза в день, таблетки "Эфизол", мазь "Бепантен" наносить на марлевой основе на элементы поражения на 10-15 минут. Рекомендовано морфологическое исследование элемента поражения, а также консультация врача-дерматовенеролога и врача-гинеколога для верификации элементов поражения на коже и слизистой гениталий.

Во второе посещение на слизистой оболочке правой щеки отмечалась эрозия, покрытая фибринозным налетом с элементами эпителизации на отечном и гиперемированном фоне подлежащей слизистой оболочки. На мягком небе справа на месте пятна образовался пузырь с серозным содержимым. Была 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 уточнения диагноза пациентка была направлена на иммунологическое исследование. Оно показало отсутствие антител к базальной мембране кожи и десмосомам эпидермиса (BP 230, BP 180). Это снижает вероятность, но полностью не исключает диагноз буллезный пемфигоид и его разновидностей, поскольку серологические тесты положительны 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.

Пациентка была госпитализирована в УЗ" Минский городской клинический центр дерматовенерологии". Ей был выставлен диагноз буллезный пемфигоид с поражением слизистой оболочки рта и проведено следующие 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.

Рекомендовано: 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 слизистую рта раствором антисептика,

взбитым белком куриным. При появлении свежих высыпаний консультация врача-дерматолога.

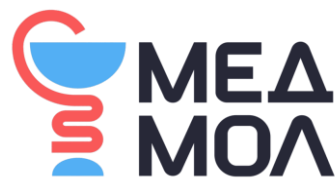
После проведенного лечения на слизистой правой щеки на месте эрозии наблюдался рубец. Остальная слизистая оболочка полости рта без элементов поражения.

Пузыри и эрозии на слизистой рта и других слизистых, 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. На примере нашего клинического случая была продемонстрирована одна из возможных тактик ведения пациента с данной патологией.

*Список литературы.*

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. Alpsy, E. Geographic variations in epidemiology of two autoimmune bullous diseases: pemphigus and bullous pemphigoid / E.Alpsy, A.AkmanKarakas, S.Uzun // Arch Dermatol Res. – 2015. – May;307(4). – P.291–8.
3. 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

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«СТАВРОПОЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ



# МЕДИЦИНСКАЯ НАУКА БЕЗ ГРАНИЦ

МАТЕРИАЛЫ МЕЖДУНАРОДНОГО  
МОЛОДЁЖНОГО ФОРУМА



СТАВРОПОЛЬ, 2025