

## ДИАГНОСТИКА БУЛЛЕЗНЫХ НАРУШЕНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РТА НА ПРИМЕРЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

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

*Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь  
olyabetehtina1306@gmail.com*

**Введение.** 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. Слизистые оболочки ротовой полости, глаз, носа, пищевода и аногенитальной области при буллезных нарушениях поражаются в 85% случаев, сопровождаются тяжелым течением и высокой смертностью. Чаще болеют пожилые люди и женщины. Вопросы диагностики буллезных поражений являются сложными для врачей-стоматологов и врачей других специальностей.

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

**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 исследования.** 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 пластинчатые 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 нечеткими 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 гиперемизированном 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 следующее 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.

**Выводы.** 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.

#### *Литература*

1. Лукьянов, А. М. Эпидемиологические характеристики аутоиммунных буллезных дерматозов в Республике Беларусь / А. М. Лукьянов, Ю. В. Колос // 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. Akman Karakas, S. Uzun // Arch Dermatol Res. – 2015. – Vol 307, № 4. – P.291–298.

3. Fernández-Avila, D. Prevalence of pemphigus in Colombia from 2013 to 2017 according to data from the National Health Registry / D. Fernández-Avila, L. Charry-Anzola, L. González-Cardona // Anais Brasileiros de Dermatologia. – 2022 – Vol. 97, № 4. – P. 523–526.

#### **DIAGNOSIS OF BULLOUS DISORDERS OF THE ORAL MUCOSA: A CLINICAL CASE**

*Betehtina O.N., Rutkovskaya A.S., Dashkevich Y.I.*

*Belarusian State Medical University, Minsk, Belarus*

*olyabetehtina1306@gmail.com*

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.