

С другой стороны, нарушения эмоциональной сферы были выявлены преимущественно у больных с ИБС + ОНМК, что может быть обусловлено течением основного заболевания, закономерно сопровождающегося расстройствами психической сферы, а не фактом жизни в геронтологическом центре.

Полученные результаты следует учитывать при социально-медицинском обслуживании различных категорий больных для своевременной коррекции возникающих эмоциональных нарушений, что будет способствовать повышению качества жизни.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вейн, А. М. Вегетативные расстройства. Клиника. Диагностика. Лечение / А. М. Вейн. — М.: Медицинское информационное агентство, 2003. — С. 463–470.
2. Карелин, А. А. Большая энциклопедия психологических тестов / А. А. Карелин. — М.: Эксмо, 2007. — С. 36–38.
3. Леонтьев, Д. А. Тест смысложизненных ориентаций (СЖО) / Д. А. Леонтьев. — 2-е изд. — М.: Смысл, 2000. — С. 3–5.
4. Хвьяля-Олинтер, Н. А. Демографическое состояние современной России / Н. А. Хвьяля-Олинтер // Социум и власть. — 2015. — № 4. — С. 15–24.

УДК 616.527:616.327.3-002.828

ОРОФАРИНГОМИКОЗ КАК ОДНО ИЗ ПРОЯВЛЕНИЙ ВУЛЬГАРНОЙ ПУЗЫРЧАТКИ

Межейникова М. О., Поддубный А. А.

Научный руководитель: к.м.н., доцент *И. Д. Шляга*

Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Вульгарная пузырчатка — редкое заболевание с аутоиммунным механизмом развития, характеризующаяся возникновением на слизистых оболочках и коже пузырей, при вскрытии которых возникают эрозии. Чаще болеют лица в возрасте 30–60 лет. Частота встречаемости — 0,1–0,5 случаев на 100 тыс. населения. Более 60 % случаев заболевания начинается с появления пузырей на слизистой оболочке полости рта, при вскрытии которых появляется эрозия, покрытая белесоватым налетом, схожим по внешнему виду с микотическим поражением, и только спустя несколько месяцев от дебюта заболевания в процесс вовлекаются кожные покровы. Среди микотических поражений верхних дыхательных путей преимущественно диагностируют инфекции, обусловленные грибами рода *Candida*, *Aspergillus* и *Penicillium* [1, 2].

Цель

Демонстрация редкого клинического случая замаскированного течения вульгарной пузырчатки по неспецифический воспалительный процесс на фоне орофарингомикоза.

Материал и методы исследования

Клиническое наблюдение за пациентом в течение 1 года.

Результаты исследования и их обсуждение

Представляем редкое наблюдение вульгарной пузырчатки, имеющей начало в виде тяжелой формы рецидивирующего фарингита с признаками орофарингеального кандидоза.

Пациентка П., 47 лет, обратилась в профессорско-консультативный центр ГомГМУ спустя 8 месяцев от начала заболевания. Пациентка предъявляла жалобами на боль в горле, усиливающуюся при глотании (могла пить по глотку), налеты белого цвета и зуд в горле, слезотечение из левого глаза, сильный сухой кашель, приступы удушья. Подобные явления беспокоили пациентку с сентября 2016 г., по поводу чего она неоднократно лечилась в различных лечебных учреждениях г. Гомеля.

Пациентка находилась на лечении в аллергологическом отделении Гомельской областной туберкулезной клинической больницы с диагнозом: Острый катаральный тонзиллит. Аллергический отек гортаноглотки. На фоне местного лечения тонзиллита раствором мукосанина резко усилилась боль в горле (могла пить по глотку), появились налеты белого цвета по задней стенке глотки, зуд в горле, сильный сухой кашель, приступы ларингоспазма. Пациентке был диагностирован «химический ожог» задней стенки глотки, по поводу чего получала лечение: инстилляций в гортань суспензии гидрокортизона с раствором диоксида натрия, амброксол, лоратадин, цефтриаксон, хлоропирамин, преднизолон, фуросемид. Через две недели пациентка выписана из стационара с диагнозом: Острая инфекционная крапивница. Острый эрозивный фарингит. Хронический гиперпластический ларингит, обострение.

В марте 2017 г. госпитализирована в отделение оториноларингологии Гомельской областной специализированной клинической больницы с предварительным диагнозом: Фаринголарингомикоз, последствия химического ожога слизистой оболочки полости рта и глотки. При осмотре на слизистой оболочке задней стенки глотки, языке, губах обнаружены множественные эрозии, покрытые белым налетом. В результате проведенного обследования обнаружены изменения в общем анализе мочи в виде эритроцитурии (4–5 эритроцитов в поле зрения). УЗИ органов брюшной полости выявило эхопризнаки хронического холецистита, умеренные диффузные изменения печени, кисту печени. По данным ЭФГДС и колоноскопии установлен поверхностный гастродуоденит, хронический колит, формирующийся полип сигмовидной кишки. Проведено лечение: солкосерил, флуконазол, амикacin, цефепим, омепразол, местно использовался раствор Люголя. Учитывая незначительную положительную динамику от проведенного лечения, 13.04.2017 г. пациентка консультирована врачом-иммунологом ГУ «РНПЦ РМ и ЭЧ». Выставлен диагноз: Рецидивирующие респираторные инфекции. Хронический гиперпластический ларингит. Проведено иммунологическое, иммуногистохимическое и биохимическое исследование крови. По результатам обследования выявлено повышение уровня циркулирующих иммунных комплексов до 42 Ед (норма до 26 Ед.). Остальные показатели в пределах нормы. В связи с этим пациенту рекомендованы инстилляций 0,25 % раствора дерината эндоназально в течение месяца в осенне-зимний период. Пациентке также проводилось исследование крови на ВИЧ, исследование мокроты на наличие микобактерий туберкулеза — результаты отрицательные. С мая по июнь 2017 г. в связи с нарастанием вышеуказанных жалоб, а также появлением на коже живота и спины сыпи с различными элементами в виде везикул, булл, эрозий и мокнутий пациентка была неоднократно консультирована оториноларингологом, а также дерматовенерологом. Произведен забор материала из глотки на микробиологическое исследование, биопсия и цитологическое исследование из очагов поражения в глотке. Выставлен предварительный диагноз: Бактериальное поражение полости рта и глотки неустановленной этиологии? Орофарингомикоз? Герпетиформный дерматит Дюрринга? Вульгарная пузырчатка? IgA-дерматит? Результаты цитологического исследования от 19.05.17 г. — в исследуемом материале обнаружены клетки плоского эпителия, многочисленные группы клеток мерцательного эпителия с признаками пролиферации, эритроциты. Патогистологическое заключение: среди гнойно-некротического детрита и фрагментов гриба рода *Candida*, комплексы плоскоклеточного рака. В связи с этим пациентка была консультирована онкологом. Данных за злокачественное новообразование получено не было. При повторном цитологическом исследовании из очагов поражения ротоглотки было выявлено скопление плоского эпителия, нейтрофильные лейкоциты на всем поле зрения, клетки плоского, метаплазированного эпителия, внутри патологически измененные, флора — кокки. При повторном гистологическом исследовании биоптата из ротоглотки среди гнойно-некротического детрита обнаружены единичные нити гриба рода *Candida*, утолщенный пласт многослойного плоского эпителия с вакуольной дистрофией, одиночные и группы клеток многослойного плоского эпителия с цитологической атипией. В би-

оптате брюшной стенки обнаружены фрагменты интраэпителиального пузырька с гнойно-некротическим содержимым с выраженной эозинофилией. Колонии бактериальной флоры на поверхности пузыря. При повторном микробиологическом исследовании отделяемого из глотки выделен *S. aureus* в титре 10^8 КОЕ, резистентный к пенициллину, оксациллину. 07.06.2017 г. пациентка консультирована аллергологом, убедительных данных за аллергическое заболевание кожи на момент консультации выявлено не было. Рекомендовано наблюдение и лечение у дерматолога. 13.06.2017 г. пациентка госпитализирована в дерматовенерологическое отделение № 1 ГОККВД с жалобами на кожные высыпания, поражения слизистой оболочки рта, осиплость голоса, влажный кашель, боль при глотании, снижение аппетита. Процесс поражения кожи носил распространенный характер (площадь поражения 15 %) — на коже груди и спины выявлены множественные эрозии ярко-красного цвета с серозным отделяемым и обрывками пузырей от 0,5 до 4 см, пузыри размером 0,5–1 см с дряблой покрывкой, серозным содержимым, при потягивании за обрывки пузырей — симптом Никольского. Диагноз: Вульгарная пузырчатка, стадия прогрессии. При орофарингоскопии выявлена гиперемия слизистой оболочки полости рта и глотки, налеты белого цвета в области языка, слизистой щек, мягкого неба, задней стенки глотки, а также эрозивные дефекты округло-овальной формы со следами покрывок пузырей, дно эрозий ярко красное. При непрямой ларингоскопии — обнаружена гиперемия слизистой оболочки гортани, гипертрофия вестибулярных складок, ограничение подвижности правой половины гортани. Проведено микробиологическое исследование отделяемого из глотки, биопсия патологических очагов глотки. При обследовании выявлены изменения в общем анализе крови — лейкоцитоз до 20×10^9 /л (палочки — 15 %, эозинофилы — 12 %), повышение СОЭ до 20 мм/ч. В биохимическом анализе крови выявлен серомукоид (0,34 у.е.), положительный тест на ревмофактор, в общем анализе мочи — лейкоцитурия до 35–50 в поле зрения. Результаты микробиологического исследования содержимого пузырей и слизистой полости рта — выделена культура *S. aureus* в титре 10^6 КОЕ, чувствительная к клиндамицину, грамотрицательная палочка, чувствительная к цефтриаксону. Обнаружены пластами акантолитические клетки. На основании обследования 13.06.2017 г. выставлен диагноз: Вульгарная пузырчатка, стадия прогрессии. Проведено комплексное лечение согласно протоколу. Использовался кальция глюконат, хлорпирамин, метотрексат, витамин С, бетаспан, преднизалон системно, калия оротат, омепразол, флуконазол системно, фенибут, амитриптилин, пантенол, оксикорд, диаротокан, винилин. После проведенного лечения отмечена положительная динамика. Боли в горле уменьшились, кожные покровы в области живота и спины без признаков свежих высыпаний. Таким образом, пациентке был установлен окончательный диагноз через год после начала заболевания. Пациентка находится на динамическом наблюдении у дерматолога, оториноларинголога, иммунолога.

Выводы

Врачу оториноларингологу следует помнить, что такое редкое заболевание, как вульгарная пузырчатка может иметь дебют в виде атипичной формы фарингита, а также в сочетании с орофарингомикозом, что требует пристального внимания и настороженности клинициста при диагностике данной патологии.

При атипичной клинической картине фарингита и отсутствии эффекта от проводимой традиционной противовоспалительной терапии, необходимо использовать в обязательном порядке весь спектр клинко-диагностического обследования: микробиологический, патологистологический, иммуногистохимический, иммунологический.

При условии подозрения на наличие у пациента вульгарной пузырчатки, необходима консультация и совместное лечение у дерматолога, оториноларинголога, иммунолога.

ЛИТЕРАТУРА

1. Koznyje i venericheskiye bolezni: rukovodstvo dlja vrachej / pod red. Skripkin. — М., 1995.
2. Karaulov, A. V. Immunologiya, microbiologiya i immunopatologiya kozi / A. V. Karaulov, S. A. Bykov. — М., 2012.