

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Козин, В. М. Дерматологические болезни и инфекции, передаваемые половым путем : учебно-метод. пособие / В. М. Козин, Ю. В. Козина, Н. Н. Янковская. – Витебск : ВГМУ, 2016. – 409 с.
2. Кожные и венерические болезни : учебник / под ред. О. Л. Иванова. – Москва, 2006. – 213 с.

УДК 616.5.-002.157-08

*А. В. Манько, Е. В. Лагойкин, Н. П. Прохоренко*

**Научный руководитель: Ю. В. Михалюк**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

### **РАЗБОР КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ БУЛЛЕЗНЫЙ ПЕМФИГОИД**

#### ***Введение***

Буллезный пемфигоид — хроническое заболевание кожи аутоиммунной этиологии, характерным признаком которого является локализованные или генерализованные зудящие буллезные высыпания преимущественно у пациентов пожилого возраста.

#### ***Цель***

Разобрать клинический случай заболевания буллезный пемфигоид.

#### ***Материалы и методы исследования***

Проведен общий осмотр пациента, собран анамнез настоящего заболевания, анамнез жизни, аллергологический и экспертно-трудовой анамнез. Изучены листы назначений. Произведен обзор отечественной и зарубежной литературы.

#### ***Результаты исследования и их обсуждение***

Классическими проявлениями буллезного пемфигоида являются генерализованные или локализованные поражения кожи. Высыпания чаще локализуются на конечностях, животе, в пахово-бедренных складках, на внутренней поверхности бедер. Известно, что буллезный пемфигоид имеет два периода развития — продромальный (небуллезный) и буллезный. Небуллезная фаза пемфигоида, как правило, манифестирует часто неспецифически и проявляется сильным зудом, сопровождающийся экскориациями, экзематизацией, эритематозными, папулезными и/или уртикарными высыпаниями. Возможен истинный и ложный (эволюционный) полиморфизм сыпи. Зуд и неспецифические высыпания могут оставаться единственным признаком болезни в течение длительного времени (до 5 лет). В дальнейшем при наличии специфической картины буллезного пемфигоида (буллезная стадия) его диагностика не вызывает затруднений. Пузыри имеют напряженную, плотную покрывку, округлую или овальную форму, серозное или серозно-геморрагическое содержимое; располагаются, как правило, на эритематозном фоне или на видимо неизменной коже. Образовавшиеся на месте пузырей эрозии, при отсутствии вторичного инфицирования, быстро эпителизируются, не склонны к периферическому росту. Феномен Никольского отрицательный. При надавливании на пузырь его диаметр может увеличиваться за счет субэпителиальной перифокальной отслойки — феномен Асбо — Хансена положительный. Слизистые оболочки поражаются у 10–25 % больных [2].

Степень тяжести течения буллезного пемфигоида определяется по числу появляющихся пузырных элементов. Буллезный пемфигоид определяют как тяжелый при появлении более 10 пузырей в сутки на протяжении 3-х дней подряд, как легкий — при появлении 10 или менее пузырей в сутки [1].

Собственное клиническое наблюдение: пациентка 85 лет была доставлена бригадой СМП на консультацию в УЗ «Гомельский областной клинический кожно-венерологический диспансер» города Гомеля с жалобами на поражение кожи туловища и конечностей, умеренный зуд и болезненность в очагах поражения. Пациентка не может самостоятельно передвигаться, объясняет болевым синдромом в связи с высыпаниями. В отделение поступила на кресле. В ходе сбора анамнеза выяснено, что около 2-х недель до госпитализации перенесла ОРВИ, ранее не отмечалось проявления заболевания буллезный пемфигоид. За неделю до госпитализации у пациентки начались отеки верхних и нижних конечностей с последующей стремительной потерей массы тела. Аллергологический анамнез: не отягощен. Наличие наследственных заболеваний: отрицает. Вредных привычек нет. Из сопутствующей патологии: сахарный диабет 2 типа.

Клиническая картина на момент обращения: патологический процесс носит остро-воспалительный характер и локализован на коже туловища и конечностей.



На коже туловища (живот, спина) — ярко-розовые эритематозные умеренно инфильтрированные крупные и мелкие пятна; на коже спины, верхних и нижних конечностей (в том числе стоп) — сливные пузыри (большие в области рук и ног) с напряженной покрывкой, мутным серозным, геморрагическим, отдельные — с гнойным содержимым, эрозии с обрывками эпидермиса по периферии, элементы сыпи расположены на эритематозном отечном фоне. Симптом Никольского отрицательный. Феномен Асбо — Хансена не проводился из-за тяжести состояния и высокой болезненности высыпаний. На коже паховых складок и в складке под животом — ярко-розовые эритематозно-сквамозные пятна без четких границ, мацерация, сухие трещины. На коже волосистой части головы видимых слизистых высыпаний нет. Ногтевые пластинки стоп тотально желтого цвета и крошатся, голени и стопы пастозные. Площадь поражения — 20 %. В качестве местного лечения назначены: обработка эрозий 3 % раствором  $H_2O_2$  (2 р/д), обработка стоп ванкомицином с  $KMnO_4$  (1р/д), примочки с физ. раствором на левую голень (1 р/д), вскрывать пузыри и обрабатывать раствором бриллиантового зеленого (1:1 с физ. р-ром), мазь Ц-дерм (2 р/д)

Клиническая картина на 7-й день терапии: отеки, болезненность и гиперемия кожи менее выражены, общее состояние пациентки удовлетворительное.

### **Выводы**

Разобранный клинический случай представляет интерес для практикующих врачей-дерматологов поскольку пациентка имеет неклассические проявления заболевания, о чем свидетельствует наличие массивных отеков и перенесенная ОРВИ, которая может являться пусковым механизмом патогенеза заболевания. Данное заболевание имеет высокий риск инвалидизации пациентов по причине редкой распространенности, что затрудняет своевременную диагностику.

### **СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ**

1. A comparison of two regimens of topical corticosteroids in the treatment of patients with bullous pemphigoid: a multicenter randomized study / P. Joly [et al.] // J. Invest. Dermatol. – 2009. – Vol. 129, № 7. – P. 1681–1687.
2. Теплюк, Н. П. Паранеопластический буллезный пемфигоид Лёвера при раке яичников и раке левой молочной железы IIa стадии / Н. П. Теплюк [и др.]. // Российский журнал кожных и венерических болезней. – 2013. – № 4. – С. 10–14.