



УДК:616-002:616.16-002-08

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ БОЛЕЗНИ БЕХЧЕТА**Б. С. Азизов, У.Б. Нурматов, С.С. Агзамходжаева, Ш.Т. Аюпова***Ташкентский Государственный Стоматологический Институт*

Болезнь Бехчета (ББ) (син., болезнь Адамантиадиса-Бехчета, болезнь Шелкового пути) - хроническое рецидивирующее полисистемное заболевание неизвестной этиологии, в основе которого лежит системный васкулит, поражающий артерии и вены разного калибра [1,2,3,4]. Это единственный системный васкулит, при котором может развиваться вторичный амилоидоз. Заболевание обусловлено иммунно-генетически: обнаружены значимые ассоциации ББ с антигенами HLA-B5, B12, B51 [2,5].

Клинически значимыми симптомами болезни Бехчета являются 4 вида изменений:

- поражения СОПР в виде глубокого весьма болезненного афтозного стоматита, гингивита, глоссита, фарингита;
- глазные в виде гипопиона, хореоретинита, иридоциклита и пануевит регрессирующим снижением зрения;
- некротические изъязвления области гениталий с последующим грубым рубцеванием;
- кожные поражения характеризуются узловой эритемой, язвенными поражениями, пиодермией.

К малым признакам болезни Бехчета относятся:

- суставной синдром в виде ассиметричного моноолигоартрита средних суставов без развития деструктивных изменений;
- эрозивно-язвенное поражение пищеварительного тракта на всем протяжении;
- тромбоз крупных вен (верхней и нижней полых вен);
- тяжелое поражение ЦНС (менингоэнцефалит, полинейропатия, деменция).

Болезнь Бехчета - имеет уникальную генетическую распространенность. Чаще всего заболевание диагностируется в регионах, через который проходил Великий Шелковый путь - в странах Средиземноморья, Центральной и Восточной Азии [1,6]. Сам Хулуси Бехчет считал, что заболевание имеет вирусную природу. Обнаружение антител в сыворотке крови, слизистой полости рта указывает на участие иммунных (аутоиммунных) механизмов в патогенезе дерматоза. Также аутоиммунная природа проследивается на том основании, что данное заболевание часто ассоциируется с другими аутоиммунными заболеваниями. В основе патогенеза лежит развитие системного васкулита иммуннокомплексной природы. Основными патогенетическими звеньями процесса являются:

- снижение активности Т-хелперов и увеличение циркулирующих аутоантител к клеткам слизистых оболочек;
- появление циркулирующих Т-лимфоцитов, обладающих цитотоксичностью по отношению к слизистой оболочке ротовой полости;
- уменьшение количества рецепторов интерлейкина - 2 на Т-лимфоцитах;
- снижение в слюне концентрации секреторного IgA;
- высокая хемотоксическая и фагоцитарная активность сегментоядерных нейтрофилов.

Все эти факторы способствуют повреждению эндотелия сосудов при болезни Бехчета. Возможно поражение сосудов как артериального, так и венозного русла [1,6,7,8].

Клиника. Заболеванием страдают лица обоего пола, мужчины болеют чаще, чем женщины, преимущественный возраст - от 20 до 40 лет. При болезни Бехчета поражаются многие органы и ткани, но наиболее частыми симптомами заболевания являются орогенитальные язвы. Основные симптомы по своей частоте распределяются следующим образом: афтозный стоматит (90-100% больных), генитальные язвы (80-90% больных), глазные симптомы (60-85% больных). Изменения слизистой ротовой полости характеризуются появлением афтозных молочницепоподобных эрозий и язв, имеющих неправильные очертания. Они локализуются на языке, мягком и твердом нёбе, нёбных дужках, миндалинах, щеках, деснах и губах, субъективно сопровождаются сильными болями. Обычно высыпания начинаются с ограниченного болезненного уплотнения слизистой оболочки, на котором формируется сначала поверхностная, покрытая фибринозным налётом, а затем кратерообразная язва с небольшой гиперемией вокруг. Язва может увеличиваться в размере до 2-3 см в диаметре. Иногда процесс начинается как обычная поверхностная афта, но спустя 5-10 дней в основании такой афты появляется инфильтрат, а сама афта превращается в глубокую язву. После заживления остаются мягкие, поверхностные, гладкие рубцы. Одновременно может существовать 3-5 очагов поражения. Изъязвления афтозного характера располагаются на слизистой оболочке носа, в гортани, пищеводе, желудочно-кишечном тракте.

Поражения на гениталиях состоят из мелких пузырьков, поверхностных эрозий и язв, изредка с подрытыми краями. На половых органах у мужчин язвы располагаются преимущественно на мошон-



ке, у корня полового члена и на внутренней поверхности бедер. Очертания очагов неправильные, размеры достигают 2-4 см в диаметре. Дно язв неровное, покрыто серозно-гнойным налетом, часто резко выражена болезненность. У женщин на больших и малых половых губах в большом количестве обнаруживаются язвы величиной от горошины до 3-4 см в диаметре, болезненные при пальпации. Иногда на коже туловища и конечностей наблюдаются узелки, гнойнички, акнеформные и геморрагические элементы, а так же высыпания, характерные для узловой и многоформной экссудативной эритемы. Обычно заболевание сопровождается ухудшением общего состояния больного, повышением температуры тела, сильной головной болью, общей слабостью, параличом черепномозговых нервов, поражением суставов. Периодически наступают улучшения и даже спонтанная ремиссия, которая через несколько недель или месяцев сменяется рецидивом.

Прогноз заболевания неблагоприятный. В результате поражения глаз может развиваться слепота. При длительном рецидивирующем течении заболевания наступает инвалидизация больных. Особенно неблагоприятен прогноз при поражении центральной нервной системы

Гистопатология. При гистологическом исследовании краев язвы слизистой оболочки выявляется воспалительный инфильтрат, состоящий из лимфоидных клеток, плазмочитов, гистиоцитов и нейтрофильных лейкоцитов, а также обилие сосудов с разрыхленным набухшим эндотелием. При исследовании очагов поражения кожи гениталий отмечается резко выраженный отек дермы, обилие сосудов, вокруг которых беспорядочно располагаются эритроциты. Клеточный инфильтрат состоит из лимфоцитов, полонуклеаров, гистиоцитов.

Дифференциальный диагноз необходимо проводить с пузырчаткой, окуло-генито-уретральным синдромом Рейтера, буллезной экссудативной многоформной эритемой, афтозным стоматитом, острой язвой Чапина-Липшюца, афтозно-язвенным фарингитом, рецидивирующими рубцующимися глубокими афтами. Приводим клиническое наблюдение: Больная Р., 1962 г.р., 04.11.2020 г. обратилась в 3 - й Межрайонный Кожно - Венерологический диспансер, проживающая в Ферганской области Куштипинского района, по поводу высыпаний на слизистой оболочке полости рта.

Anamnesis morbi: Считает себя больной в течение 1,5 лет. Заболевание началось с появления ограниченного болезненного уплотнения на слизистой полости рта, после чего образовалась язва с гиперемизированной поверхностью. Язва постепенно стала увеличиваться в размере до 2 см. Обратилась к дерматовенерологу по месту жительства, где установлен диагноз «кандидоз полости рта». Свое

заболевание связывает с постоянными простудными заболеваниями. Постоянно получала лечение у стоматолога, дерматолога, хирурга отмечала незначительный эффект. Занималась самолечением, наружно использовала различные таблетки, крема, название которых не смогла указать.

Постоянно наблюдалась и лечилась в КВД по месту жительства.

Anamnesis vitae: Родилась в семье колхозника по счёту 2 ребенком. Брак у родителей не кровнородственный. Росла и развивалась в удовлетворительных материально-бытовых условиях. В настоящее время является инвалидом 2 группы. Замужем, имеет троих детей. Стойкая менопауза в течение 2 лет. Перенесённые в детстве заболевания: ОРВИ, ветряная оспа. Наследственность неотягощена. Вредных привычек не имеет. Аллергическую реакцию на лекарственные препараты отрицает.

Status praesens: общее состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное. Телосложение правильное, конституция нормостеническая. Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно. Со стороны костно-мышечной системы видимых деформаций не отмечено. Периферические лимфатические узлы увеличены, при пальпации слегка болезненны. Дыхание ровное, через нос. В легких выслушивается везикулярное дыхание. Сердечные тоны ясные, ритмичные, пульс - 90 уд. в минуту, АД - 140/90 мм. рт. ст. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Границы печени и селезенки не изменены. Стул регулярный. Симптом «поколачивания» отрицательный с обеих сторон. Диурез свободный, регулярный. Сон нарушен, аппетит снижен. Нервная система неустойчивая.

Status localis: кожно-патологический процесс носит хронический воспалительный ограниченный, асимметричный характер и локализуется на слизистой полости рта. Отмечаются симметрично расположенные язвы размером: справа - с горошину, слева - с зерно маша. Язвы инфильтрированы, с четкими границами, неправильного очертания, дно язв неровное. По периферии очагов отмечается венчик гиперемии. При пальпации: язвы мягкой консистенции, резко болезненны. Чувствительность в зоне всех элементов сохранена. Придатки кожи: волосы и ногти в процесс не вовлечены. Субъективно: резкая болезненность, жжение. На основании анамнестических и клинических данных установлен диагноз: Болезнь Бехчета.

Лабораторные исследования:

Общий анализ крови: НЬ - 101 г/л; эритроциты - 4,5; ЦП - 0,9 ; лейкоциты - 9,7; эозинофилы - 4%; лимфоциты - 35%; моноциты - 9 %; СОЭ - 18 мм/ч.



Кровь на КСР / ВИЧ- отрицательно.

Биохимический анализ крови: общий белок - 10,5 г/л %; общий билирубин - 11,6 ммоль/л; глюкоза - 5,4 ммоль/л; лейкоциты -17,0 г/л;

Общий анализ мочи: белок - 0,033; плоский эпителий-1-2 в поле зрения, лейкоциты - 1-2 в п/з.

Общий анализ кала - патологии не выявлено. Анализ мазка: Лейкоциты: Vag - 18-20; Сег - 25-30; Uret—6-9; эпители. клетки: Vag - 12; Uret—10-12; Сег - 14-16; слизь +++++; микрофлора: к/п гр+ - в большом количестве. Гонорея и трихомонады не обнаружены.

Микологические исследования: со слизистой полости рта обнаружены дрожжеподобные грибы.

Учитывая жалобы, анамнез и результаты исследования установлен окончательный диагноз: болезнь Бехчета.

Лечение:! Sol. Diflucani - 50 ml в/в кап № 5;

2. раствор стекловидного тела по 2,0 мл в/м № 10;

3.Sol. Aktovegini 5,0 мл в/м 1 п/д № 10;

4 Лаб. дифлюкан 200 мг № 4;

5.Табл. Преднизолон 5 мг по схеме;

6. Таб. Аспаркам по 1 - 3 раза в день № 10.

Наружно: полоскание горла различными растворами, таблетки флуконазол (в измельченном виде со сливочным маслом) смазывали 2 раза в день № 10;

В процессе лечения очаги поражения стали эпителизоваться на 6-е сутки лечения, на 10-й день лечения отмечался ободок гиперемии.

Данный случай представляется как редко встречающееся заболевание и как ошибка в диагностике со стороны стоматологов, к которым в первую очередь обращаются больные с данной патологией.

Учитывая возможные осложнения данного заболевания, целесообразна своевременная ранняя диагностика и лечение.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Азизов Б.С. Раковые и предраковые заболевания кожи-вопросы этиопатогенеза и диагностики. I Международная научно-практическая онлайн конференция. Актуальные вопросы медицинской науки в XXI веке. Ташкент, 2019; 19-26. [Azizov B.S. Cancer and precancerous skin diseases - questions of etiopathogenesis and diagnosis. I - International Scientific and Practical Online Conference. Topical issues of medical science in the XXI century. Tashkent. 2019; 19-26. (In Russ). J
2. Арифов С.С., Абидова З.М., Абидов А.М. Клинический случай болезни Бехчета Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья. 2008; № 4:16-18. [Arifov S.S., Abidova Z.M., Abidov
3. A.M. A clinical case of Behcet's disease // News of dermatovenerology and reproductive health. 2008; № 4:16-18. (In Russ).]
4. Ермакова Н.А. Клиника, диагностика, этиопатогенез и лечение глазных проявлений болезни Бехчета.// Клиническая офтальмология. 2002; 1:12-15. [Ermakova N. A. Clinic, diagnosis.
- etiopathogenesis and treatment of ocular manifestations of Behcet's disease // Clinical ophthalmology. 2002; 1:12-15. (In Russ).]
5. Насонов Е.Л., Алекберова З.С. Болезнь Бехчета. Васкулиты и васкулопатии. - Ярославль; «Верхняя волга». 1999; 431-446. [Nasonov E.L., Alekberova Z.S. Behcet's disease. Vasculitis and vasculopathies. - Yaroslavl; "Upper Volga" .1999; 431-446. (In Russ).]
6. Сигидин Я.С., Гусева Н.Г., Иванова М.М. Диффузные заболевания соединительной ткани. - М;
7. «Медицина». 1994; 522-532. [Sigidin Ya.S., Guseva N.G., Ivanova M.M. Diffuse connective tissue diseases-M.: «Medicine». 1994; 522-532. (In Russ).]
8. Direskeneli H. Behcet's disease; infectious etiology, new autoantigens, and HLA-B51. Annals of the rheumatic diseases. 2001; 60(11): 996-1002.
9. Yazici H., Fresko E, Stuebiger N. syndrome relapsing polyhondritis and eye involvement in rheumatic disease/7EULAR Compendium. 2011; 357-655.