ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОШИБКИ ПРИ БОЛЕЗНИ БЕХЧЕТА: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

М.А. Мирсаидова[1], Г.У.Нурова[2]
[1,2]ГУ «Республиканский специализированный научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии» МЗ РУз

DOI: 10.67620/dermajournal.1730086

Введение.

Болезнь Бехчета представляет собой хроническое рецидивирующее системное воспалительное заболевание, диагностика которого основывается на совокупности клинических проявлений и исключении альтернативных причин. Неодновременное появление оральных, генитальных, кожных, глазных, суставных и других симптомов может приводить к многолетней диагностической задержке. Перианальное изъязвление требует особенно осторожной интерпретации, поскольку оно может быть связано с болезнью Крона, свищом, абсцессом, послеоперационным воспалением, реакцией на инородное тело или вторичной инфекцией.

Цель исследования. Представить клинический случай болезни Бехчета с многолетним рецидивирующим орогенитальным афтозом и незаживающим перианальным язвенно-раневым дефектом, оценив причины диагностической задержки и раннюю динамику на фоне комплексного лечения.

Материал и методы исследования. Проанализировано клиническое наблюдение 35-летней пациентки, госпитализированной 22 июля 2026 года. Оценивали хронологию заболевания, объективный и локальный статус, результаты лабораторных, микробиологических и патогистологических исследований, а также соответствие Международным критериям болезни Бехчета (ICBD). Локальную динамику оценивали качественно по фотографиям, выполненным в первый и десятый дни лечения. Согласно медицинской документации, многокомпонентная стационарная терапия включала краткий курс системного глюкокортикостероида, антибактериальную, противогрибковую и местную терапию. В листе лечения также были указаны фотодинамическая терапия и внутривенное лазерное облучение крови по 10 процедур, а также однократная PRP-терапия; отдельные протоколы этих процедур отсутствовали.

Результаты. Рецидивирующие болезненные афты полости рта возникли приблизительно с 18-летнего возраста и повторялись 2-3 раза в год. Примерно через четыре года присоединились рецидивирующие генитальные язвы и артралгия левого голеностопного сустава. С 2022 года отмечался перианальный дефект, ранее расцененный как проявление болезни Крона и парапроктита. Две хирургические обработки с ушиванием не обеспечили стойкого заживления. При поступлении справа в перианальной области определялся резко болезненный дефект размером около 2,5 х 3,5 см с фибринозно-гнойным налетом и визуализируемым лигатурным материалом. Рецидивирующие оральные и генитальные язвы соответствовали 4 баллам ICBD. Объективных данных за артрит и увеит не получено; кишечная форма болезни Бехчета и болезнь Крона не были подтверждены из-за отсутствия илеоколоноскопии, кишечной биопсии и энтерографии. На 10-е сутки отмечались очищение ложа перианального дефекта, появление ярко-розовой грануляционной ткани и уменьшение перифокального воспаления, однако полного закрытия раны не произошло.

Обсуждение. Диагностически наиболее значимым признаком являлось последовательное развитие многолетнего рецидивирующего орального и генитального афтоза. Глазные жалобы и артралгия расширяли клиническое подозрение, но без

объективного подтверждения не могли быть включены в органный фенотип. Перианальный процесс также оставался этиологически неуточненным: наличие лигатурного материала и предшествующих операций создавало альтернативное объяснение хронического воспаления. Ранняя местная динамика оценивалась на фоне одновременного применения нескольких методов. Поэтому связать очищение дефекта и появление грануляций исключительно с фотодинамической терапией невозможно. Дополнительными ограничениями являлись разные ракурсы фотографий, отсутствие масштабной линейки, стандартизированного измерения площади язвы и шкалы боли.

Заключение. У пациентки с многолетним рецидивирующим оральным и генитальным афтозом клинически обоснована болезнь Бехчета с преимущественным слизисто-кожным фенотипом (ICBD - 4 балла). Неспецифические глазные жалобы, артралгия и перианальный язвенно-раневой дефект требуют самостоятельной объективной верификации. После 10 дней комплексной терапии с включением локальных и аппаратных методов отмечена качественная положительная динамика без полного заживления. Для оценки самостоятельного вклада фотодинамической терапии необходимы стандартизированная фотодокументация, количественная оценка площади дефекта и боли, более длительное наблюдение и контролируемый дизайн исследования.