



Рубцующий пемфигοид Лорта-Жакоба (проявление в полости рта): клинические случаи

Е.А. Волков, О.М. Васюкова*, Е.С. Слажнева, О.А. Бази́кян, В.Г. Атрушкевич

Российский университет медицины, Москва, Российская Федерация

АННОТАЦИЯ

Актуальность. Рубцующий пемфигοид Лорта-Жакоба (L12.1 по МКБ 10) – редкое хроническое аутоиммунное заболевание, характеризующееся образованием субэпителиальных пузырей и эрозий на поверхности слизистых оболочек с тенденцией к образованию рубцов. С учетом того, что слизистая оболочка рта может явиться местом первого проявления заболевания, возрастает роль стоматолога в комплексной диагностике и лечении указанной патологии.

Описание клинических случаев. В статье представлены два клинических случая проявления рубцующего пемфигοида Лорта-Жакоба. У пациента элементы поражения локализовались на слизистой оболочке рта в виде эрозий на деснах, мягком небе и переходной складке. У пациентки – на мягком и твердом небе, альвеолярном отростке. В связи с поражением глаз пациентам требовалось лечение не только дерматолога, но и офтальмолога.

Заключение. Недостаточная изученность данной патологии, многообразие клинических проявлений, возможное развитие тяжелых осложнений требует объединение усилий врачей различных специальностей для ранней диагностики и своевременной терапии заболевания.

Ключевые слова: рубцующий пемфигοид, аутоиммунное заболевание, поражение слизистой оболочки полости рта.

Для цитирования: Волков ЕА, Васюкова ОМ, Слажнева ЕС, Бази́кян ОА, Атрушкевич ВГ. Рубцующий пемфигοид Лорта-Жакоба (проявление в полости рта): клинические случаи. *Пародонтология*. 2025;30(1):86-93. <https://doi.org/10.33925/1683-3759-2025-1082>

***Автор, ответственный за связь с редакцией:** Васюкова Ольга Михайловна, кафедра терапевтической стоматологии и пародонтологии Российского университета медицины, 127006, ул. Долгоруковская, д. 4, г. Москва, Российская Федерация. Для переписки: vasyukova7@mail.ru

Конфликт интересов: Атрушкевич В. Г. является заместителем главного редактора журнала «Пародонтология», но не имеет никакого отношения к решению опубликовать эту статью. Статья прошла принятую в журнале процедуру рецензирования. Об иных конфликтах интересов авторы не заявляли.

Благодарности: Авторы заявляют об отсутствии внешнего финансирования при проведении исследования. Индивидуальные благодарности для декларирования отсутствуют.

Cicatricial pemphigoid (Lortat-Jacob disease) with oral manifestations: clinical case descriptions

E.A. Volkov, O.M. Vasyukova*, E.S. Slazhneva, O.A. Bazikyan, V.G. Atrushkevich

Russian University of Medicine, Moscow, Russian Federation

ABSTRACT

Relevance. Cicatricial pemphigoid (Lortat-Jacob disease, ICD-10 code L12.1) is a rare chronic autoimmune disorder characterized by the formation of subepithelial blisters and erosions on mucous membranes, typically leading to scarring. Since the oral mucosa may serve as the initial site of manifestation, the dentist plays a critical role in the early identification and comprehensive management of this condition

Clinical case description. This article presents two clinical cases of cicatricial pemphigoid (Lortat-Jacob disease). In the male patient, lesions were localized on the oral mucosa and manifested as erosions on the gingiva, soft palate, and vestibular fold. In the female patient, erosions were observed on the soft and hard palate and the alveolar ridge. Due to ocular involvement, both patients required care not only from a dermatologist but also from an ophthalmologist.

Conclusion. Limited awareness of this condition, the variability of its clinical manifestations, and the potential for severe complications highlight the need for interdisciplinary collaboration to ensure early recognition and timely treatment.

Keywords: cicatricial pemphigoid, autoimmune disease, oral mucosal lesion.

For citation: Volkov EA, Vasyukova OM, Slazhneva ES, Bazikyan OA, Atrushkevich VG. Cicatricial pemphigoid (Lortat-Jacob disease) with oral manifestations: clinical case descriptions. *Parodontologiya*. 2025;30(1):86-93. (In Russ.). <https://doi.org/10.33925/1683-3759-2025-1082>

Corresponding author: Olga M. Vasyukova, Department of Restorative Dentistry and Periodontology, Russian University of Medicine, 4 Dolgorukovskaya Str., Moscow, Russian Federation, 127006. For correspondence: vasyukova7@mail.ru

Conflict of interests: V.G. Atrushkevich, the deputy editor-in-chief of the journal *Parodontologiya*, was not involved in the decision to publish this article. The article underwent the standard peer-review process of the journal. The authors have declared no other conflicts of interest.

Acknowledgments: The authors declare that there was no external funding for the study. There are no individual acknowledgments to declare.

АКТУАЛЬНОСТЬ

В последние десятилетия наряду с увеличением количества аллергических и онкологических заболеваний появляется все больше свидетельств роста патологий, имеющих аутоиммунный характер [1]. Рубцующий пемфигOID является тяжелым хроническим аутоиммунным заболеванием группы субэпидермальных буллезных дерматозов [2]. Впервые заболевание описал W. Lever в 1953 году, и оно получило название «пемфигус хронический доброкачественный» [3]. Затем патологию называли «рубцовой пузырчаткой», что подчеркивало появление рубцов вследствие разрушения тканей базальной мембраны [4]. В 1956 году французский врач E. Lortan-Jacob описал слизисто-синехиальный синдром, который впоследствии был назван «рубцующим пемфигOIDом Лорта-Жакоба» [5].

Рубцующий пемфигOID Лорта-Жакоба (L12.1) – редкое субэпителиальное (субэпидермальное) аутоиммунное буллезное заболевание, характеризующееся преобладанием эрозий и пузырей на поверхности слизистых оболочек и кожи с тенденцией к образованию рубцов [6, 3]. Патология обычно возникает у пациентов в возрасте от 45 до 80 лет на момент постановки диагноза, чаще у женщин [3].

Есть несколько описанных в литературе случаев заболевания у людей более раннего возраста, однако они считаются очень редкими. Распространенность заболевания в Европейском регионе составляет 1,16 человека на 1 миллион [7].

В связи с тем, что во многих случаях первым признаком развития этих заболеваний может явиться поражение слизистой оболочки рта [8], стоматологи играют ключевую роль в ранней диагностике, становятся звеном многопрофильной команды врачей – специалистов [9]. При этом повышается эффективность и результативность лечения [10].

Этиология и патогенез

Этиология и патогенез заболевания изучены недостаточно [11]. Установлено, что аутоантитела поражают молекулы, ответственные за адгезию эпителия к базальной мембране слизистой оболочки. Это нарушает нормальную структуру и функцию базальной мембраны, что позволяет эпителию отделиться от собственно слизистой. Клинически это проявляется в виде пузырей и эрозий. Известно несколько определенных бел-

ков, связанных с патогенезом рубцового пемфигOIDа. Ламинин 332 – это трансмембранный белок, который связывает альфа-6-бета-4 интегрин гемидесмосомы кератиноцита с неколлагеновым доменом 1 (NC1) коллагена VII, связывающий якорные фибриллы, которые крепят базальную мембрану к дерме [9, 12, 13]. BP180 – это трансмембранный коллаген, также называемый коллагеном XVII типа. Он является компонентом гемидесмосомы эпителиальной клетки, который играет важную роль в поддержании связи между внутриклеточными и внеклеточными структурными элементами, участвующими в эпидермальной адгезии [9].

На гистологических препаратах рубцового пемфигOIDа выявляется субэпидермальный пузырь с дермальным лимфогистиоцитарным инфильтратом с различным количеством нейтрофилов и эозинофилов. Это может наблюдаться и при других аутоиммунных буллезных заболеваниях, включая буллезный пемфигOID, линейный IgA буллезный дерматоз и приобретенный буллезный эпидермолиз. Плазмоклеточный инфильтрат чаще встречается в биопсиях слизистой оболочки. Также фиброзные изменения могут присутствовать в гистологических препаратах рубцовых изменений [14]. Провоцирующими факторами развития заболевания могут быть вирусная инфекция, лекарственные препараты (например, средства от глаукомы), травмы (эпиляция ресниц, химический ожог глаз), а в полости рта – различные травматические агенты [3, 11].

Клиническая картина

У пациентов с легкой степенью тяжести заболевания обычно поражаются ограниченные участки слизистой оболочки рта, в то время как у пациентов с тяжелой степенью – глаза, носоглотка, гортань, пищевод, слизистая оболочка половых органов, реже – кожа [9]. Слизистая оболочка рта в 85% случаев является местом возникновения заболевания [12] и может быть единственным пораженным участком [15]. Очаги локализуются на деснах в 80% случаев, на слизистой оболочке щек – в 58%, небе – в 26%, альвеолярном отростке – в 16%, языке – в 15% и слизистой оболочке нижней губы – в 7% [16].

Преобладающими жалобами при обращении к стоматологу являются жжение и боль в полости рта, наличие эрозий и пузырей на слизистой оболочке, кровоточивость десны, затрудненное жевание и глотание [17, 18].

Элементы поражения в полости рта представляют собой пузыри с серозным или серозно-геморрагическим содержимым, имеющие плотную крышку, окружены венчиком гиперемии, могут сохраняться в течение нескольких суток на слизистой оболочке полости рта, вскрываются обычно при травматизации [3, 19]. В большинстве случаев располагаются группами и часто рецидивируют на одном и том же месте [3].

Рубцевание в полости рта встречается редко, можно наблюдать спайки по переходной складке [19]. Поражение может затрагивать как неподвижную, так и подвижную десну, и само по себе не является диагностическим признаком заболевания [18].

Поражение глаз встречается примерно у 60–70% пациентов [6, 5]. Чаще всего заболевание начинается с появления болезненности, отека, слезотечения, светобоязни, ощущения инородного тела и сухости в глазу. По мере прогрессирования процесса признаки заболевания становятся патогномичными, особенно с появлением заворота и трихиаза век, развитием симблефарона, который представляет собой спайку между конъюнктивой века и конъюнктивой глазного яблока [5], что в конечном итоге приводит к снижению зрения [3] и слепоте в 25–30% случаев [3, 5, 20]. Кроме развившейся слепоты опасными осложнениями рубцующего пемфигоида считаются нарушение дыхания и рубцовые поражения пищевода и кишечника [9].

Диагностика

Из-за редкости заболевания знания об особенностях его клинического проявления, течения и осложнениях, остаются ограниченными [12], что затрудняет его своевременную диагностику. Сообщалось о задержках постановки диагноза от двух месяцев до нескольких лет с момента появления первых симптомов [21].

При внешнем осмотре врачу-стоматологу необходимо обращать внимание на наличие пузырей с плотной крышкой, эрозий, покрытых корками на кожных покровах пациента.

При осмотре полости рта на слизистой оболочке губ, мягкого неба, щек могут быть обнаружены пузыри с толстой плотной крышкой, наполненные серозным или геморрагическим содержимым (экссудатом), едва заметные рубцовые изменения по переходным складкам, эрозии покрытые фибриновым налетом с оставшимися участками разрешившихся пузырей по периферии.

Для уточнения диагноза рекомендовано проводить прямую иммунофлуоресцентную диагностику на биоптате пораженной слизистой оболочки в сочетании с непрямой иммунофлуоресцентной диагностикой и дополнительными серологическими исследованиями [12, 22–24]. При этом в 70% случаев выявление IgG в области базальной мембраны [3].

Дифференциальная диагностика

Рубцующий пемфигоид дифференцируют с вульгарной пузырчатой, буллезным пемфигоидом, синдромом

Стивенса-Джонсона, многоформной экссудативной эритемой, герпетиформным дерматитом Дюринга [3, 9].

В отличие от вульгарной пузырчатки при рубцующем пемфигоиде пузыри имеют плотную крышку, сохраняются в полости рта до нескольких дней, симптом Никольского отрицательный, в мазках-отпечатках отсутствуют акантолитические клетки.

Для буллезного пемфигоида характерно наличие уртикарно-эритематозно-буллезных элементов на коже. В сыворотке крови идентифицируют циркулирующие Ig G к базальной мембране и C3 к компоненту комплемента. Титр иммуноглобулинов выше, чем при рубцующем пемфигоиде. При буллезном пемфигоиде комплекс антиген-антитело откладывается над базальной мембраной, а при рубцующем пемфигоиде – в верхней части дермы, что является причиной образования рубцов.

Для синдрома Стивенса-Джонсона характерно острое начало. Заболевание носит аллергический характер, может быть спровоцировано приемом лекарственных препаратов, тяжелее протекает у детей и у пациентов с ослабленным иммунитетом. Классическая триада при синдроме Стивенса-Джонсона включает поражение глаз, гениталий и слизистой оболочки полости рта. На фоне эритемы образуются пузыри на коже, тыльных поверхностях ладоней и стопах, а в полости рта и на красной кайме губ – обширные эрозии.

При герпетиформном дерматите Дюринга, в отличие от рубцующего пемфигоида, слизистые оболочки поражаются редко. Папулы, пузыри, очаги эритемы локализуются на коже. Элементы поражения сопровождаются сильным зудом.

Многоформной экссудативной эритеме присуще острое начало, с появлением одновременно различных элементов поражения, характерных для этой патологии, рецидивирующее течение, сезонность, связь с приемом лекарственных препаратов.

Лечение

В настоящее время не существует стандартного метода лечения рубцующего пемфигоида Лорта-Жакоба.

Для определения степени тяжести заболевания часто используются термины «низкий риск» и «высокий риск». Пациенты, у которых поражена только слизистая оболочка рта, обычно считаются «пациентами с низким риском»; пациенты с одним или несколькими поражениями слизистых оболочек считаются «пациентами с высоким риском» [25].

При легкой степени тяжести заболевания рекомендуют местное применение кортикостероидных препаратов, в более тяжелых случаях местное лечение является дополнением к системной терапии. Есть сообщения об эффективности применения в полости рта клобетазола пропионата в виде мази [26], бетаметазона натрия фосфата 0,05 г после растворения в воде для полоскания в течение 2–3 минут, а флутиказона пропионат 400 мкг (1 мг/мл) – в качестве ополаскивателя [12]. Ингаляторы с дозиро-

ванным распылением кортикостероидов удобно применять непосредственно на активные очаги поражения. Длительность применения препаратов зависит от тяжести заболевания. По мере улучшения состояния частоту их применения сокращают [12].

Есть сообщения об эффективном применении мази иммунодепрессанта такролимуса при локализации элементов поражения в полости рта [27].

Кроме указанных препаратов в алгоритм местного лечения входят обезболивающие, антибактериальные препараты, антисептические средства, например, 0,05% раствор хлоргексидина, красители и т. д.

Важное значение в лечении придается уходу за полостью рта. Пациенту рекомендуют использовать мягкую зубную щетку два раза в день, антисептические полоскания и нераздражающую зубную пасту [28].

К лечению пациента необходимо привлекать врача-дерматолога с целью назначения системного лечения, которое включает пероральный прием гормональных препаратов (преднизолона (30–60 мг/день) [29, 30]. Использование иммунодепрессантов, таких как ритуксимаб, в качестве вспомогательной терапии может улучшить клинические результаты и уменьшить побочные эффекты кортикостероидов [31].

Кроме гормональных препаратов и иммунодепрессантов, назначают противогрибковые средства (дапсон), цитостатики, противомаларийные препараты (делагил), препараты железа, витамины, тетрациклин, внутривенное введение гамма-глобулина [31, 32].

У пациентов с поражением глаз прогноз хуже, чем в группе тех, у кого поражена только кожа и/или слизистая оболочка рта. Системная терапия может остановить прогрессирование рубцового пемфигоида глаз примерно у 90% пациентов, а частота рецидивов составляет от 20% до 30% [25]. При этом следует учитывать хроническое течение заболевания [28], поэтому пациенты находятся на диспансерном учете даже в период ремиссии.

Цель исследования: продемонстрировать собственные клинические случаи рубцующего пемфигоида Лорта-Жакоба (L12.1 по МКБ 10) и дать практические рекомендации врачам-стоматологам.

ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКИХ СЛУЧАЕВ

Клинический случай №1

В Российский университет медицины на кафедру терапевтической стоматологии и пародонтологии обратился пациент П., 1965 года рождения, с жалобами на периодическое образование пузырей и язв в полости рта, кровоточивость десен при чистке зубов, боль в деснах. В опросном листе о состоянии здоровья пациент указал гипертоническую болезнь, холецистэктомию.

Эпиданамнез

Гепатит, сифилис, ВИЧ, туберкулез – отрицает. Переливание крови последние 6 месяцев – отрицает.

Аллергоанамнез

Со слов пациента не отягощен.

Анамнез заболевания

Точную причину и начало развития симптомов указать не может. Считает, что заболеванию предшествовало появление боли в глазах, светобоязнь.

Внешний осмотр

Конфигурация лица не изменена, регионарные лимфатические узлы не пальпируются, открывание рта свободное. Отмечено сращение конъюктивы нижнего века левого глаза с конъюктивой глазного яблока (рис. 1).

Осмотр полости рта

На слизистой оболочке нижней губы в проекции зубов 3.1, 3.2 спавшийся пузырь с толстой покрывкой, в проекции зубов 4.2, 4.3 эрозия с толстыми обрывками пузыря (рис. 2). Десна в области центральных зубов и премоляров верхней челюсти отечна, гиперемирована, по переходной складке в области зубов 1.3, 1.5 определяются болезненные эрозии (рис. 3).

Предварительные диагнозы: рубцующий пемфигоид (L12.1), десквамативный гингивит (K05.13)

Для уточнения диагноза пациент направлен в Государственный научный центр дерматовенерологии и косметологии, где проведено гистологическое исследование пораженного участка слизистой оболочки рта.

Получен результат: выраженный акантоз эпидермиса с неравномерным удлинением межсосочковых эпителиальных выростов, местами наблюдается отслойка эпителия с формированием субэпителиальных щелей. В подлежащей дерме густой полиморфноклеточный инфильтрат из гистиоцитов, лимфоцитов, плазматических клеток.

Заключение: выявленные изменения могут наблюдаться при рубцующем пемфигоиде, признаков акантолитической пузырьчатки не выявлено.

Окончательный диагноз: рубцующий пемфигоид Лорта-Жакоба (L12.1 по МКБ 10) поставлен на основании клинической картины и результатов гистологического исследования.

Лечение

На кафедре терапевтической стоматологии и пародонтологии пациенту проведена коррекция индивидуальной гигиены полости рта, удаление зубных отложений, назначена местная обезболивающая, антисептическая и эпителизирующая терапия.

Рекомендовано лечение у дерматолога.

Клинический случай №2

Пациентка Т., 1937 года рождения, обратилась в Российский университет медицины на кафедру терапевтической стоматологии и пародонтологии 29.06.2023 с целью консультации и лечения, предъявляя жалобы на «наличие эрозии в полости рта, боль, усиливающуюся при разговоре и приеме пищи».

В опросном листе о состоянии здоровья пациентка в качестве сопутствующих заболеваний, указала: гипертоническую болезнь, аритмию, наличие спаек в пищеводе. Наличие онкологических заболеваний отрицала.



Рис. 1. Пациент П.
Поражение глаза
Fig. 1. Patient P.
Ocular involvement



Рис. 2. Пациент П.
Поражение слизистой
оболочки нижней губы
Fig. 2. Patient P.
Lesion on the mucosa
of the lower lip



Рис. 3. Пациент П.
Поражение слизистой
оболочки десны
в области зубов 1.3, 1.5
Fig. 3. Patient P.
Lesions on the gingiva
in the region
of teeth 1.3 and 1.5



Рис. 4. Пациентка Т.
Поражения слизистой
оболочки полости рта
в области мягкого неба
Fig. 4. Patient T.
Oral mucosal lesions
in the region
of the soft palate

Эпиданамнез

Гепатит, сифилис, ВИЧ, туберкулез – отрицала.
Переливание крови последние 6 месяцев – отрицала.

Аллергоанамнез

Со слов пациентки неотягощен.

Анамнез заболевания

Ранее пациентка обращалась с указанными жалобами в различные медицинские учреждения.

10.11.2018. Выписка из истории болезни.

При осмотре полости на десне нижней челюсти, а также в подъязычной области обнаружили обширные эрозии, покрытые фибриновым налетом, резко болезненные, наличие экзостозов на беззубых челюстях, поставили диагноз K06.2 (поражение десны и беззубого альвеолярного отростка, обусловленное травмой) и назначили полоскание отваром ромашки, аппликации химотрипсином, облепиховым маслом и мазью «Целестодерм». После проведенного лечения жалоб пациентка не предъявляла.

15.03.2019. Выписка из истории болезни

При осмотре полости рта на истонченной слизистой оболочки десны во фронтальном отделе нижней челюсти обнаружена резко болезненная эрозия. Причину поражения связали с травмированием десны при приеме пищи, поставили диагноз K06.2 (поражение десны и беззубого альвеолярного отростка, обусловленное травмой), назначили аппликации гепариновой мази и мази «Целестодерм», а также направили к врачу-ортопеду на консультацию с целью возможного протезирования.

Внешний осмотр

Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы физиологической окраски, открывание рта свободное. Симблефарон левого века.

Осмотр полости рта

На мягком небе и в дистальном отделе альвеолярного гребня слева на гиперемизированной слизистой оболочке эрозии, покрытые фибриновым налетом, резко болезненные (рис. 4). Полная вторичная адентия.

Предварительный диагноз: (L43.1) Рубцующий пемфигиод Лорта-Жакоба

29.06.2023. Пациентка направлена на консультацию к дерматологу.

На кафедре кожных болезней Российского университета медицины подтвердили предварительный диагноз.

Окончательный диагноз: L43.1 рубцующий пемфигиод (слизисто-сенихиальный атрофический дерматит Лорта-Жакоба).

Назначено лечение:

1. Дапсон 50 мг 2 раза в день в течение 2 мес.
2. Дексаметазон (глазные капли) 0,1% - 5 мл, по 1 капле в каждый глаз 2 раза в день.

3. Поливитамины 2 драже 1 раз в день 2 мес.

4. Антисептические полоскания полости рта.

Рекомендовано следить за общим анализом крови (Hb). Сдавать анализ 1 раз в две недели.

Анализ крови клинический от 14.09.2023.

Гематокрит 31,1%, гемоглобин 11,2 г/дл, эритроциты 3.29 млн/мкл, нейтрофилы 88,1%, лимфоциты 9,3%, моноциты 2,6%, эозинофилы 0%

Анализ крови биохимический от 14.09.2023.

Общий белок 60г/л, ферритин 358 мгм/л

04.10 2023. Повторный осмотр дерматолога.

В связи с ухудшением общего состояния здоровья пациентки и учитывая результаты анализов крови, дерматологом в схему лечения внесены *изменения*.

1. Снизить дозу Дапсона до 50 мг 1 раз в день.
2. Метипред 4 мг (2 табл.+ 2 табл) 2 недели.
3. Витамин С по 1 табл. 3 раза в день на 3 недели.
4. Антисептические полоскания полости рта.

Пациентка находится на диспансерном учете у дерматолога.

ОБСУЖДЕНИЕ

Описанные клинические случаи подтверждают, что слизистая оболочка рта может явиться первым

местом проявления дерматологических заболеваний и быть единственным поврежденным участком. Стоматологам следует учитывать, что для снижения риска возникновения ошибок в диагностике и лечении, необходимо широко использовать дополнительные методы исследования, консультировать пациента у специалистов смежных специальностей [33].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Принимая во внимание, что этиология и патогенез рубцующего пемфигоида Лорта-Жакоба оконча-

тельно не изучены, диагностика заболевания представляет значительные трудности. При этом патологический процесс может прогрессировать и значительно ухудшать качество жизни пациента. Залогом устойчивого состояния ремиссии заболевания является тщательное обследование пациента, мультидисциплинарный подход к лечению и динамическое наблюдение. В состав лечащей бригады должны входить врачи общей практики, дерматологи, офтальмологи, стоматологи, отоларингологи, гастроэнтерологи, колопроктологи и гинекологи [9, 34, 35].

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ / REFERENCES

- Lerner G., Jeremias P., Matthias T. The world incidence and prevalence of autoimmune diseases is increasing. *International Journal of Celiac Disease*. 2015;3(4):151–155.
doi: 10.12691/ijcd-3-4-8
- Lohi S., Mustalahti K., Kaukinen K., et al. Increasing prevalence of coeliac disease over time. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*. 2007;26(9):1217–1225.
doi: 10.1111/j.1365-2036.2007.03502.x
- Бутов ЮС, Васенова ВЮ. Буллезные дерматозы. В книге: Бутов ЮС, Скрипкин ЮК, Иванов ОЛ, редакторы. *Дерматовенерология. Национальное руководство. Краткое издание*. М.: Гэотар-Медиа. 2017:520–549. Режим доступа:
<https://elibrary.ru/item.asp?id=54314958>
Butov YS, Vasenova VY Bullous dermatoses. In: Butov YS, Skripkin YK, Ivanov OL, editors. *Dermatovenereology. national guide. brief edition*. M.: Geotar-Media. 2017:520–549 (In Russ.). Available from:
<https://elibrary.ru/item.asp?id=54314958>
- Benoit S, Schmidt E, Sitaru C, Rose C, Goebeler M, Bröcker EB, Zillikens D. Schleimhautpemphigoid mit Autoantikörpern gegen Laminin 5 [Anti-laminin 5 mucous membrane pemphigoid]. *J Dtsch Dermatol Ges*. 2006;4(1):41–4 (German).
doi: 10.1111/j.1610-0387.2005.05826.x
- Schonberg S, Stokkermans TJ. Ocular Pemphigoid. 2023 Jul 31. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025. Режим доступа / Available from:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30252356/>
- Chan LS, Ahmed AR, Anhalt GJ, Bernauer W, Cooper KD, Elder MJ, et al. The first international consensus on mucous membrane pemphigoid: Definition, diagnostic criteria, pathogenic factors, medical treatment, and prognostic indicators. *Arch. Dermatol*. 2002;38(3):370–379.
doi: 10.1001/archderm.138.3.370
- Kharfi M, Khaled A, Anane R, Fazaa B, Kamoun MR. Early onset childhood cicatricial pemphigoid: a case report and review of the literature. *Pediatr Dermatol*. 2010;27(2):119–124.
doi: 10.1111/j.1525-1470.2009.01079.x
- Mays JW, Sarmadi M, Moutsopoulos NM. Oral manifestations of systemic autoimmune and inflammatory diseases: diagnosis and clinical management. *J Evid Based Dent Pract*. 2012;12(3 Suppl):265–282.
doi: 10.1016/S1532-3382(12)70051-9
- Tolaymat L, Hall MR. Cicatricial Pemphigoid. 2023 Apr 17. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025. Режим доступа / Available from:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30252376/>
- Mustafa MB, Porter SR, Smoller BR, Sitaru C. Oral mucosal manifestations of autoimmune skin diseases. *Autoimmun Rev*. 2015;14(10):930–951.
doi: 10.1016/j.autrev.2015.06.005
- Магдеева НА, Кобрисева АА, Резникова МА, Мелехина ИФ. Сложности дифференциальной диагностики гранулематоза с полиангиитом и рубцующегося пемфигоида. *Архивъ внутренней медицины*. 2020;10(5):398–402.
doi: 10.20514/2226-6704-2020-10-5-398-402
Magdeeva NA, Kobriseva AA, Reznikova MA, Melehina IF. Difficulties in the differential diagnosis of granulomatosis with polyangiitis and scarring pemphigoid. *The Russian Archives of Internal Medicine*. 2020;10(5):398–402 (In Russ.).
doi: 10.20514/2226-6704-2020-10-5-398-402
- Rashid H, Lamberts A, Borradori L, Alberti-Violetti S, Barry RJ, Caproni M et al. European guidelines (S3) on diagnosis and management of mucous membrane pemphigoid, initiated by the European Academy of Dermatology and Venereology. Part I. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2021;35(9):1750–1764.
doi: 10.1111/jdv.17397
- Shi L, Li X, Qian H. Anti-Laminin 332-Type Mucous Membrane Pemphigoid. *Biomolecules*. 2022;12(10):1461.
doi: 10.3390/biom12101461
- Fleming TE, Korman NJ. Cicatricial pemphigoid. *J Am Acad Dermatol*. 2000;43(4):571–591; quiz 591–4.
doi: 10.1067/mjd.2000.107248
- Laskaris G, Sklavounou A, Stratigos J. Bullous pemphigoid, cicatricial pemphigoid, and pemphigus vulgaris. A comparative clinical survey of 278 cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*. 1982;54(6):656–662.
doi: 10.1016/0030-4220(82)90080-9

16. Vijayan V, Paul A, Babu K, Madhan B. Desquamative gingivitis as only presenting sign of mucous membrane pemphigoid. *J Indian Soc Periodontol*. 2016;20(3):340-343.
doi: 10.4103/0972-124X.182602
17. Mobini N, Nagarwalla N, Ahmed AR. Oral pemphigoid. Subset of cicatricial pemphigoid? *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 1998;85(1):37-43.
doi: 10.1016/s1079-2104(98)90395-x
18. Cizenski JD, Michel P, Watson IT, Frieder J, Wilder EG, Wright JM, et al. Spectrum of orocutaneous disease associations: Immune-mediated conditions. *J Am Acad Dermatol*. 2017;77(5):795-806.
doi: 10.1016/j.jaad.2017.02.019
19. Bertram F, Bröcker EB, Zillikens D, Schmidt E. Prospective analysis of the incidence of autoimmune bullous disorders in Lower Franconia, Germany. *J Dtsch Dermatol Ges*. 2009;7(5):434-440.
doi: 10.1111/j.1610-0387.2008.06976.x
20. Mondino BJ, Linstone FA. Ocular pemphigoid. *Clin Dermatol*. 1987;5(1):28-35.
doi: 10.1016/0738-081x(87)90046-0
21. Jascholt I, Lai O, Zillikens D, Kasperkiewicz M. Periodontitis in oral pemphigus and pemphigoid: A systematic review of published studies. *J Am Acad Dermatol*. 2017;76(5):975-978.e3.
doi: 10.1016/j.jaad.2016.10.028
22. Mameletzi E, Hamedani M, Majo F, Guex-Crosier Y. Clinical manifestations of mucous membrane pemphigoid in a tertiary center. *Klin Monbl Augenheilkd*. 2012;229(4):416-419.
doi: 10.1055/s-0031-1299403
23. Sultan AS, Villa A, Saavedra AP, Treister NS, Woo SB. Oral mucous membrane pemphigoid and pemphigus vulgaris-a retrospective two-center cohort study. *Oral Dis*. 2017;23(4):498-504.
doi: 10.1111/odi.12639
24. Sasaki R, Okamoto T. Autoimmune blisters in the gingiva. *BMJ Case Rep*. 2020;13(9):e238011.
doi: 10.1136/bcr-2020-238011
25. Labowsky MT, Stinnett SS, Liss J, Daluvoy M, Hall RP 3rd, Shieh C. Clinical Implications of Direct Immunofluorescence Findings in Patients With Ocular Mucous Membrane Pemphigoid. *Am J Ophthalmol*. 2017;183:48-55.
doi: 10.1016/j.ajo.2017.08.009
26. Chan LS. Mucous membrane pemphigoid. *Clin Dermatol*. 2001;19(6):703-711.
doi: 10.1016/s0738-081x(00)00196-6
27. Gonzalez-Moles MA, Ruiz-Avila I, Rodriguez-Archilla A, Morales-Garcia P, Mesa-Aguado F, Bascones-Martinez A, et al. Treatment of severe erosive gingival lesions by topical application of clobetasol propionate in custom trays. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2003;95(6):688-692.
doi: 10.1067/moe.2003.139
28. Assmann T, Becker J, Ruzicka T, Megahed M. Topical tacrolimus for oral cicatricial pemphigoid. *Clin Exp Dermatol*. 2004;29(6):674-676.
doi: 10.1111/j.1365-2230.2004.01619.x
29. Knudson RM, Kalaaji AN, Bruce AJ. The management of mucous membrane pemphigoid and pemphigus. *Dermatol Ther*. 2010;23(3):268-280.
doi: 10.1111/j.1529-8019.2010.01323.x
30. Staines K, Hampton PJ. Treatment of mucous membrane pemphigoid with the combination of mycophenolate mofetil, dapsone, and prednisolone: a case series. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol*. 2012;114(1):e49-56.
doi: 10.1016/j.oooo.2012.01.030
31. Lytvyn Y, Rahat S, Mufti A, Witol A, Bagit A, Sachdeva M, Yeung J. Biologic treatment outcomes in mucous membrane pemphigoid: A systematic review. *J Am Acad Dermatol*. 2022;87(1):110-120.
doi: 10.1016/j.jaad.2020.12.056
32. Lourari S, Herve C, Doffoel-Hantz V, Meyer N, Bulai-Livideanu C, Viraben R, et al. Bullous and mucous membrane pemphigoid show a mixed response to rituximab: experience in seven patients. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2011;25(10):1238-1240.
doi: 10.1111/j.1468-3083.2010.03889.x
33. Горячева ТП, Островская ЮВ, Алешина ОА, Давыдова СИ, Горячева ИД. Применение аутофлуоресцентной стоматоскопии в алгоритме диагностики патологических состояний слизистой оболочки рта и красной каймы губ у подростков. *Стоматология детского возраста и профилактика*. 2024;24(3):267-275.
doi:10.33925/1683-3031-2024-836
- Goryacheva TP, Ostrovskaya YuV, Aleshina OA, Davydova SI, Goryacheva ID. Use of autofluorescent stomatoscopy in the diagnostic algorithm for oral mucosal and vermilion border lesions in adolescents. *Pediatric dentistry and dental prophylaxis*. 2024;24(3):267-275 (In Russ.).
doi:10.33925/1683-3031-2024-836
34. Sacher C, Hunzelmann N. Cicatricial pemphigoid (mucous membrane pemphigoid): current and emerging therapeutic approaches. *Am J Clin Dermatol*. 2005;6(2):93-103.
doi: 10.2165/00128071-200506020-00004
35. Тарасенко ГН, Гладько ВВ, Сысоева АН, Сви-дерская ОС, Кузьмина. ЮВ, Токмакова АН. Рубцующийся пемфигоид: междисциплинарная проблема. *Российский журнал кожных и венерических болезней*. 2017.20(3):154-156.
doi: 10.18821/1560-9588-2017-20-3-154-156
- Tarasenko GN, Glalko VV, Sysoeva AN, Sviderskaya OS, Kuzmina YuV, Tokmakova AN. Cicatricial pemphigoid: an interdisciplinary problem. *Russian Journal of Skin and Venereal Diseases*. 2017.20(3):154-156 (In Russ.).
doi: 10.18821/1560-9588-2017-20-3-154-156

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Автор, ответственный за связь с редакцией:

Волков Евгений Алексеевич, доктор медицинских наук, профессор кафедры терапевтической стоматологии и пародонтологии Российского университета медицины, Москва, Российская Федерация

Для переписки: volkov50@inbox.ru

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9980-0969>

Васюкова Ольга Михайловна, кандидат медицинских наук, доцент, ассистент кафедры терапевтической стоматологии и пародонтологии Российского университета медицины, Москва, Российская Федерация

Для переписки: vasyukova7@mail.ru

ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-3678-6503>

Слажнева Екатерина Сергеевна, кандидат медицинских наук, доцент кафедры терапевтической стоматологии и пародонтологии Российского университета медицины, Москва, Российская Федерация

Для переписки: katushkor@mail.ru

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4527-7471>

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS

Corresponding author:

Evgeny A. Volkov, DMD, Professor, Department of the Restorative Dentistry and Periodontology, Russian University of Medicine, Moscow, Russian Federation

For correspondence: volkov50@inbox.ru

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9980-0969>

Olga M. Vasyukova, DMD, PhD, Docent, Assistant Professor, Department of the Restorative Dentistry and Periodontics, Russian University of Medicine, Moscow, Russian Federation

For correspondence: vasyukova7@mail.ru

ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-3678-6503>

Ekaterina S. Slazhneva, DMD, PhD, Associate Professor, Department of the Restorative Dentistry and Periodontology, Russian University of Medicine, Moscow, Russian Federation

For correspondence: katushkor@mail.ru

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4527-7471>

Вклад авторов в работу. Все авторы подтверждают соответствие своего авторства международным критериям ICMJE, а также согласны принять на себя ответственность за все аспекты работы. Волков Е. А. – проведение исследования, редактирование и рецензирование рукописи, научное руководство. Васюкова О. М. – проведение исследования, подготовка черновика рукописи. Слажнева Е. С. – визуализация, формальный анализ. Базилян О. А. – визуализация, формальный анализ. Атрушкевич В. Г. – редактирование и рецензирование рукописи, научное руководство.

Базилян Ольга Анатольевна, кандидат медицинских наук, доцент кафедры хирургической стоматологии и имплантологии Российского университета медицины, Москва, Российская Федерация

Для переписки: prof.bazikyan@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-5348-3763>

Атрушкевич Виктория Геннадьевна, доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой терапевтической стоматологии и пародонтологии Российского университета медицины, Москва, Российская Федерация

Для переписки: atrushkevichv@mail.ru

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4141-1370>

Olga A. Bazikyan, DMD, PhD, Associate Professor, Department of the Oral Surgery and Implantology, Russian University of Medicine, Vice-President of RPA Moscow, Russian Federation

For correspondence: prof.bazikyan@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-5348-3763>

Victoria G. Atrushkevich, DMD, PhD, DSc, Professor, Head of the Department of Restorative Dentistry and Periodontology, Russian University of Medicine, Vice-President of RPA Moscow, Russian Federation

For correspondence: atrushkevichv@mail.ru

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4141-1370>

Поступила / Article received 10.01.25

Поступила после рецензирования / Revised 15.02.2025

Принята к публикации / Accepted 20.02.2025

Authors' contribution. All authors confirm that their authorship meets the international ICME criteria and agree to be accountable for all aspects of the work. E. A. Volkov – investigation, writing –review and editing, supervision. O. M. Vasyukova – investigation, writing – original draft preparation. E. S. Slazhneva – visualization, formal analysis. O. A. Bazikyan – visualization, formal analysis. V. G. Atrushkevich – writing –review and editing, supervision.