

<https://doi.org/10.56936/18291775-2026.41-3>

ՀՏԴ՝ 617.711-002-02:616.526

ՄՈՒԿՈՉ ՄԵՄԲՐԱՆՈՉ ՊԵՄՖԻԳՈՒԴԻ ԿԼԻՆԻԿԱԿԱՆ ԴՐՍԵՎՈՐՈՒՄԸ ԵՎ ԲՈՒԺՄԱՆ ԱՐԴՅՈՒՆՔՆԵՐԸ

Մարտիրոսյան Ս.^{1,2}, Գինոյան Օ.^{1,2}, Բաղդասարյան Ն.², Մայիլյան Ե.², Յովակիմյան Ա.^{1,2}, Միրոյան Յ.¹

¹Ս.Վ. Մալայանի անվան ակնաբուժական կենտրոն

²ԵՊԲՀ, ակնաբուժության ամբիոն

Ստացված է՝ 26.12.2025, գրախոսված է՝ 15.01.2026, ընդունված է՝ 30.04.2026

Բանալի բառեր՝ մուկոզ մեմբրանոզ պեմֆիգոիդ, սպիացում, կոնյունկտիվիտ, բուժում, կորտիկոստերոիդներ, բիոպսիա:

Մուկոզ մեմբրանոզ պեմֆիգոիդը կամ այլ կերպ ակնային սպիական պեմֆիգոիդը աուտոիմունային էթիոլոգիայի քրոնիկական, սպիական կոնյունկտիվիտ է [7]: Սովորաբար բիլատերալ է և կարող է լինել ասիմետրիկ: Այն քրոնիկական վեզիկուլոբուլբոզ հիվանդություն է, որը հիմնականում ընդգրկում է շաղկապենին: Հաճախ ախտահարվում են նաև այլ օրգան-համակարգերի լորձաթաղանթները (բերանի խոռոչ, ըմպան, գենիտալիաներ, անոս): Մոտ 15% դեպքերում կարող է ընդգրկվել նաև մաշկը:

Դրսևորման հաճախականությունը տատանվում է մեկ հիվանդ 12.000 բնակչից մինչև 60.000 բնակչի սահմանում [2]: Առավել հաճախ ախտահարվում են կանայք (հարաբերությունը կազմում է 2:1) [2,5]: Հիմնականում դրսևորվում է 60-80 տարեկանում, սակայն հազվադեպ դրսևորվում է նաև 30 տարեկանից փոքր անձանց շրջանում [5, 9]: Ռասայական նախատրամադրվածությունը բացակայում է [1]:

Կա պեմֆիգոիդի դասակարգման երկու տարբերակ: Առաջինը Մոնդինոյի դասակարգումն է, որը հիմնվում է ստորին թաղի (fornix) խորության կորստի աստիճանի վրա (I փուլ՝ 25%, II փուլ՝ 25-50%, III փուլ՝ 50-75%,

IV փուլ՝ 75% և ավելի) [4]: Երկրորդը Ֆոստերի դասակարգումն է, որը հիմնվում է հիվանդության կլինիկական դրսևորման վրա [4,5]: Ըստ այս դասակարգման՝ հիվանդության զարգացումը բաժանվում է չորս փուլերի՝

- ◆ I փուլ. ոչ սպեցիֆիկ, մեղմ արտահայտված կլինիկական նշաններ (քրոնիկական կոնյունկտիվիտ,

արցունքի շերտի դիսֆունկցիա, սուբէպիթելային ֆիբրոզ, որն արտահայտվում է ստորին fornix-ում սպիտակամոխրագույն բծերով) [2,5,9]:

- ◆ II փուլ. ստորին fornix-ի կրճատում (< 1 մմ է):
- ◆ III փուլ. սիմբլեֆարոն [3,5]:
- ◆ IV փուլ. անկիլոբլեֆարոն և շարժունակության սահմանափակում [2,3,5]:

Հիվանդության ախտորոշումը կատարվում է ըստ կլինիկական նշանների և կոնյունկտիվաի դրական ուղղակի իմունոֆլուորեսցենտային թեստի [5,7,9]: Կատարվում է նաև ընդգրկված հյուսվածքների (ստորին թաղ, բերանի լորձաթաղանթ) բիոպսիա [5,7]: Հիվանդությունը պետք է տարբերակել մի շարք պաթոլոգիաներից (տրախոմա, ռոզացեա, տրանսպլանտատի օտարում, ատոպիա, Սթիվենս-Ջոնսոնի համախտանիշ, տրավմա, քիմիական այրվածք, ճառագայթում և նեոպլազիա) [5]:

Պեմֆիգոիդի բուժումն իրականացվում է տեղային և համակարգային դեղորայքային միջոցներով: Տեղային բուժման դեպքում նշանակվում են արհեստական արցունքի, ստերոիդի և ցիկլոսպորինի կաթիլներ [6]: Համակարգային բուժումը կիրառվում է պեմֆիգոիդի՝ տեղային բուժմանը չենթարկվող ծանր դեպքերում: Նշանակվում են կորտիկոստերոիդներ, իմունոսուպրեսանտներ (իմուրան, մետոտրեքսատ, ցիկլոսպորին), ցիտոստատիկներ (ցիկլոֆոսֆան, լեյկերան) և կենսաբանական դեղեր (հակա-TNF ((ռեմիքեյթ (ինֆլիքսիմաբ), էթաներսեպտ (էնբրեյ)) և ինտերլեյկին-6 ռեցեպտորի անտագոնիստներ (ակտեմրա) [2, 4, 6, 8, 9]:

Նպատակը

Այս աշխատանքի նպատակն է ներկայացնել մուկոզ մեմբրանոզ պեմֆիգոիդի տարբեր փուլերում հիվանդների կլինիկական պատկերը: Վերլուծել ախտորոշման գործընթացը՝ ներառյալ բիոպսիան և իմունոֆլուորեսցենտային թեստը: Արձանագրել տեղային և համակարգային բուժման արդյունավետությունը: Նկարագրել բարդությունների կանխարգելման հնարավորությունները վաղ ախտորոշման և ճիշտ բուժման միջոցով:

* ՆԱՄԱԿԱԳՐՈՒԹՅԱՆ ՀԱՍՏԵ

Օ. Գինոյան
ԵՊԲՀ, ակնաբուժության ամբիոն
Հասցե՝ ՀՀ, Երևան, 0025, Կոյունի 2
Էլ. փոստ՝ ofelyaginoyanb@gmail.com
Հեռ.՝ (+374) 77 56 75 66

Կլինիկական դեպքեր

2002-2025 թթ. ընթացքում Ս.Վ. Մալայանի անվան ակնաբուժական կենտրոնի աչքի բորբոքային հիվանդությունների բաժանմունքում հետազոտվել և բուժվել է մուկոզ մեմբրանոզ պեմֆիգոիդով 9 հիվանդ՝ 8 կին և 1 տղամարդ: Հիվանդների տարիքը տատանվում է 35-72 տարեկանի սահմաններում:

Առաջին կլինիկական դեպք

Հիվանդը 62 տարեկան իգական սեռի ներկայացուցիչ է: Դիմել էր կլինիկա՝ գանգատվելով կոնյունկտիվայի և կոպերի գերարյունությունից, բորից և արցունքահոսությունից: Տեսողության սրությունը զույգ աչքերում 1,0 էր, ներակնային ճնշումը՝ նորմայի սահմաններում: Բիոմիկրոսկոպիկ քննությամբ առկա էր կոնյունկտիվիտին բնորոշ պատկեր (նկ. 1):



Նկ.1. Կոնյունկտիվայի գերարյունություն:

Հիվանդը նշում էր, որ մի քանի ամիս ստացել էր կոնյունկտիվիտի բուժում տարբեր հակաբիոտիկների, հակաալերգիկ և արհեստական արցունքի կաթիլներով, որոնցից կլինիկական լավացում չէր գրանցվել: Կատարված բակտերիաբանական հետազոտությամբ ցույց էր տվել, որ չկա բակտերիալ և մակային ինֆեկցիա: Մանրակրկիտ հավաքած անամետզով բացահայտվեց հիվանդի բերանի խոռոչի լորձաթաղանթի ախտահարում (հիպերեմիա, թույլ մացերացիա): Հիվանդին նշանակվեց ռևմատոլոգի կոնսուլտացիա, ում ցուցումով կատարվեց բերանի խոռոչի լորձաթաղանթի բիոպսիա, որի արդյունքում էլ ախտորոշվեց մուկոզ մեմբրանոզ պեմֆիգոիդ:

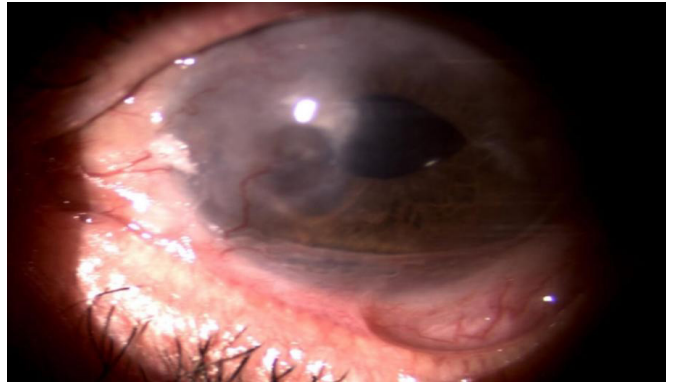
Նշանակվել է դեքսամետազոնի 0,1%-անոց և արհեստական արցունքի կաթիլներ՝ օրը 4 անգամ, հակահիստամինային և ցիկլոսպորինի կաթիլներ՝ օրը 2 անգամ հաճախականությամբ: Բուժման ընթացքում նկատվել է կլինիկական պատկերի լավացում:

Երկրորդ կլինիկական դեպք

Հիվանդը 73 տարեկան իգական սեռի ներկայացուցիչ է: Գանգատվում էր ցավից, գերարյունությունից և արցունքահոսությունից: Տեսողության սրությունը՝ OD=0,7-0,8; OS=0,1-0,2, նե-

րակնային ճնշումը՝ նորմայի սահմանում:

Բիոմիկրոսկոպիկ քննությամբ հայտնաբերվել էր ստորին թաղի սիմբլեֆարոն և եղջերենու լուկալ անոթավորված պղտորում (նկ.2):



Նկ. 2. Ստորին թաղի սիմբլեֆարոն և եղջերենու լուկալ անոթավորված պղտորում:

Առկա էին նաև բերանի խոռոչի լորձաթաղանթի փոփոխություններ, որի կապակցությամբ նշանակվել է ռևմատոլոգի կոնսուլտացիա (նկ.3):



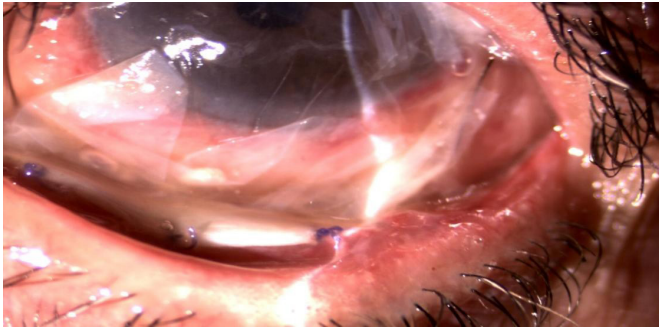
Նկ. 3. Բերանի խոռոչի լորձաթաղանթի գերարյունություն և մացերացիա:

Հիվանդն անամետզում նշում էր տարած ծանր ՋՈՎԻԴ վարակ, որի բուժման նպատակով ստացել էր մեծ դեղաչափով հակաբիոտիկներ: Այս փաստը ցուցում էր մուկոզ մեմբրանոզ պեմֆիգոիդի և Սթիվենս-Ջոնսոնի հիվանդությունների տարբերակիչ ախտորոշման համար:

Կատարվել է կոնյունկտիվաի բիոպտատի հյուսվածքաբանական հետազոտություն, որի արդյունքում դրվել է մուկոզ մեմբրանոզ պեմֆիգոիդ ախտորոշումը:

Յիվանդին նշանակվել է տեղային բուժում՝ արհեստական արցունք, ստերոիդ, ցիկլոսպորին, հակահիստամինային կաթիլներ, ինչպես նաև Vit A և տետրացիկլինի աչքի քսուբներ: Ռևմատոլոգի կողմից նշանակվել է նաև համակարգային բուժում՝ պրեդնիզոլոնի և ազաթիոպրինի հաբերով:

Յետագայում կատարվել է սիմբլեֆարոնի վիրահատական շտկում:



Նկ. 4. Սիմբլեֆարոնի վիրահատական շտկում:

Երրորդ կլինիկական դեպք

Յիվանդը՝ մուկոզ մեմբրանոզ պեմֆիգոիդ ախտորոշմամբ, 65 տարեկան իգական սեռի ներկայացուցիչ է: Ամբուլատոր հսկողության տակ եր 2015 թ.-ից: Յիվանդին նշանակվել էր երկարատև տեղային և համակարգային բուժում: Բիոմիկրոսկոպիկ քննությամբ առկա էր պեմֆիգոիդի զարգացման վերջին փուլին բնորոշ անկիլոբլեֆարոն (նկ. 5):



Նկ. 5. Անկիլոբլեֆարոն:

Ընդ որում՝ համակարգային բուժումը դարեցնելու դեպքում հիվանդի մոտ գրանցվում էր սիմբլեֆարոնների քանակի ավելացում: Կատարվել է կերատոպրոթեզավորում Բոստոնյան 1-ին տիպի կերատոպրոթեզով (նկ. 9):



Նկ. 9. Կերատոպրոթեզավորում Բոստոնյան 1-ին տիպի կերատոպրոթեզով:

Եզրակացություն

Մուկոզ մեմբրանոզ պեմֆիգոիդը հազվադեպ պաթոլոգիա է: Չարգացման առաջին փուլը բնորոշվում մեղմ, ոչ սպեցիֆիկ, կոնյունկտիվիտին բնորոշ պատկերով, որն էլ կարող է հանգեցնել սխալ ախտորոշման: Ուստի մանրակրկիտ անամնեզը, վաղ և ճիշտ կատարած տեղային և համակարգային բուժումը շատ կարևոր են և կարող են կանխարգելել սիմբլեֆարոնի, անկիլոբլեֆարոնի առաջացումը և հետագա բարդությունները:

ԳՐԱԿԱՆՈՒԹՅԱՆ ՑԱՆԿ

- Chan Roxanne. Ocular Cicatricial Pemphigoid. 1998, v. III, Retrieved from: http://www.uveitis.org/docs/dm/ocular_cicatricial_pemphigoid.pdf
- DaCosta J. Ocular cicatricial pemphigoid masquerading as chronic conjunctivitis: a case report. *Clinical Ophthalmology*, 2012, 6:2093-2095
- Elder M.J., Bernauer W., Leonard J., Dart J.K. Progression of disease in ocular cicatricial pemphigoid. *Br. J. Ophthalmol.*, 1996;80(4):292-296
- Elder M.J., Lightman S., Dart J.K. Role of cyclophosphamide and high dose steroid in ocular cicatricial pemphigoid. *Br. J. Ophthalmol.*, 1995, 79(3):264-266
- External Disease and Cornea. Basic and Clinical Science Course (BCSC). American Academy of Ophthalmology, 2014, 344-345
- Neff A.G., Turner M., Mutasim D.F. Treatment strategies in mucous membrane pemphigoid. *Ther. Clin. Risk Manag.*, 2008;4(3):617-626
- Ophthalmic Pathology and Intraocular Tumors. Basic and Clinical Science Course (BCSC). American Academy of Ophthalmology, 2014, 54-56
- Pujari S.S., Kempen J.H., Newcomb C.W. et al. Cyclophosphamide for ocular inflammatory diseases. *Ophthalmology*, 2010, 117(2):356
- Xu H.-H., Werth V.P., Parisi E., Sollecito T.P. Mucous Membrane Pemphigoid. *Dental clinics of North America*, 2013, 57(4):611-630

РЕЗЮМЕ

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ СЛИЗИСТОГО МЕМБРАНОЗНОГО ПЕМФИГОИДА

Мартirosyan С.^{1,2}, Гиноян О.^{1,2}, Багдасарян Н.², Маилян Е.², Овакимян А.^{1,2}, Мироян О.¹

¹ Офтальмологический центр им. С.В. Малаяна, Ереван, Армения

² ЕГМУ, кафедра глазных болезней

Ключевые слова: *слизистый мембранозный пемфигOID, рубцевание, конъюнктивит, лечение, кортикостероиды, биопсия.*

Слизистый мембранозный пемфигOID - хронический аутоиммунный рубцовый конъюнктивит. Поражение обычно двустороннее и может быть асимметричным. Часто поражаются также слизистые оболочки других органов и систем (ротовая полость, глотка, половые органы, анус). Чаще всего заболевание встречается у лиц 60-80 лет, реже у лиц моложе 30 лет. Существуют две классификации слизистого мембранозного пемфигOIDа: классификация Мондино и Фостера. Диагностика заболевания проводится на основании клинических признаков, положительной реакции прямой иммунофлюоресценции конъюнктивы и биопсии пораженных тканей (нижнего века, слизистой оболочки полости рта). Лечение слизистого мембранозного пемфигOIDа проводится препаратами

преимущественно местного действия (искусственные слезы, глазные капли со стероидами и циклоспорином), а также препаратами системного действия (кортикостероиды, иммуносупрессоры, биологические препараты).

В 2002-2025 годах в отделении воспалительных заболеваний Офтальмологического центра им. С.В. Малаяна проходили обследование и лечение 9 больных со слизистым мембранозным пемфигOIDом (8 женщин и 1 мужчина). Обследованные пациенты находились на разных стадиях развития болезни. Первая стадия развития характеризуется слабо выраженной, неспецифической, конъюнктивитоподобной картиной, что может привести к постановке неверного диагноза. Поэтому тщательный сбор анамнеза, своевременное и правильное местное и системное лечение заболевания очень важны и могут предотвратить развитие симблефарона, анкилоблефарона и последующих осложнений.

SUMMARY

CLINICAL MANIFESTATIONS OF MUCOUS MEMBRANE PEMPHIGOID AND TREATMENT OUTCOMES

Martirosyan S.^{1,2}, Ginoyan O.^{1,2}, Baghdasaryan N.², Mailyan E.², Hovakimyan A.^{1,2}, Miroyan H.¹

¹ Malayan Ophthalmological Center, Yerevan, Armenia

² YSMU, Department of Eye Diseases

Keywords: *mucous membrane pemphigoid, scarring, conjunctivitis, treatment, corticosteroids, biopsy.*

Mucous membrane pemphigoid is a chronic, autoimmune, cicatricial conjunctivitis. It is usually bilateral and may be asymmetrical. Mucous membrane of other organ systems (oral cavity, pharynx, genitalia, anus) are also commonly affected. In about 15% of cases, the skin may also be involved. It mainly manifests itself in people aged 60-80 years, but is rarely found in individuals under 30. There is no racial predisposition. There are 2 clinical scoring systems for mucous membrane pemphigoid (schema from Foster and Mondino). The diagnosis of the disease made based on clinical signs, positive, direct immunofluorescence test of the conjunctiva and biopsy of the involved tissues (lower eyelid, oral mucosa). Treatment of mucous membrane pemphigoid

is carried out with local (artificial tears, steroid and cyclosporine drops) and systemic (corticosteroids, immunosuppressants, cytostatics and biological drugs) medications. During 2002-2025, 9 patients (8 women and 1 man) with mucous membrane pemphigoid were examined and treated in the Department of Inflammatory Disease of the Ophthalmological Center after S.V. Malayan. The patients were at different stages of disease development. The first stage of development is characterized by a mild, nonspecific, conjunctivitis-like picture, which can lead to an incorrect diagnosis. Therefore, a thorough anamnesis, early and correct local and systemic treatment of the disease is very important and can prevent the development of symblepharon, ankyloblepharon and subsequent complications.